

SOMMAIRE DU N^o 2

| | Pages |
|--|-------|
| I. — TRAVAUX ORIGINAUX. — <i>Dégénérescence ; stigmates mentaux et malformation de l'ectoderme ; myoclonie épisodique ; acromégalie possible</i> (4 figures), par E. FEINDEL et P. FROUSSARD. | 46 |
| II. — ANALYSES. — Anatomie et Physiologie. — 112) MATHIAS DUVAL. L'amœboïsme du système nerveux. — 113) GRIEF. Nouvelles contributions à l'étude histologique de la rétine de Ramon y Cajal. — 114) R. A. REDDINGIUS. Le point d'accommodation. — 115) HUGO WIENER. Explication de l'intervention de la loi de la contraction musculaire dans la réaction de dégénérescence. — 116) H. WEGENER. De l'écriture frontale droite ou renversée. — 117) F. KENNEDY. De l'investigation expérimentale de la mémoire. — 118) CALKINS. Études sur la mémoire et l'association. — Anatomie pathologique. — 119) H. SENATOR. Deux cas d'affection transversale de la moelle cervicale. — Neuropathologie. — 120) GILLES DE LA TOURETTE. Évolution, pronostic et traitement de l'hémiplégie organique. — 121) E. SCHWARTZ. Méningo-myélite syphilitique avec formation de cavités de la moelle épinière. — 122) L. MINOR. Étude de la syringomyélie. — 123) HENRI H. HAWARD. Paralysie de Landry à marche aiguë. — 124) P. SCHUSTER et M. BIELSCHOWSKY. Pathologie et histologie de la sclérose multiple. — 125) F. SANO. Mécanisme des réflexes, abolition du réflexe rotulien malgré l'intégrité relative de la moelle lombosacrée. — 126) BABINSKI. Phénomène desorteils et de sa valeur sémiologique. — 127) VAN GEHUCHTEN. Phénomène des orteils. — 128) RICHARD WILLIAMS. Paralysie de l'accommodation après l'influenza. — 129) JOHN GRIFFITH. Goitre exophtalmique aigu avec kératite ulcéreuse. — 130) JAMES HINSHELWOOD. Goitre exophtalmique avec symptômes oculaires unilatéraux. — Psychiatrie. — 131) VIGGO CHRISTIANSEN. La toxicité de l'urine des aliénés. — 132) DEBOVE. L'alcoolisme. — 133) H. FEHR. De l'influenza comme cause de l'aliénation. — 134) CROCC. L'occultisme scientifique. — 135) DELINES. Les emmurés volontaires. — Thérapeutique. — 136) CH. RÉPIN. Une nouvelle étape de la sérothérapie. La guérison du tétanos déclaré. — 137) G. E. HALE. Tétanos céphalique traité par le sérum antitétanique. Guérison. — 138) G. BLACKER MORGAN. Tétanos traumatique traité par l'antitoxine. — 139) F. LOTS. Maladies nerveuses traitées par des excitations mécaniques de la peau. | 55 |
| III. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — 140) J. BABINSKI. Du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes. — 141) SOUQUES. Déformation du thorax dans la paralysie du muscle grand dentelé. — 142) RENDU. Délire salicylique. — 143) THIBERGE. Infantisme myxœdémateux. — 144) H. BERNARD. Délire salicylique. — 145) THIBERGE. Erythème polymorphe à disposition partiellement symétrique et zosteriforme. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — 146) GÉRARD-MARCHANT. Résection du nerf maxillaire inférieur suivie de la destruction du ganglion de Gasser. — 147) GÉRARD-MARCHANT. Traitement du goitre exophtalmique par la résection du grand sympathique. — 148) SCHWARTZ. Traitement du goitre exophtalmique par la résection du grand sympathique cervical. — 149) HUC. Injections intra-cérébrales de sérum antitétanique dans le tétanos déclaré. — 150) BOUSQUET. Tétanos traité par le sérum antitétanique. — 151) BEURNIER. Injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. — 152) QUÉNU. Thyroïdisme dans les retards de consolidation des fractures. — 153) ROUTIER. Injection intra-cérébrale de sérum antitétanique, mort. — 154) PICQUÉ. Abcès du cercelet consécutif à une otite. — 155) FOLET. Injections intra-cérébrales de sérum antitétanique. — 156) P. DELBET. Adénolipome. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. — 157) ZENNE. Paralysies post-opératoires après narcose par le chloroforme. Un cas de paralysie radiale. — LXVI^e CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — 158) V. S. CLOUSTON. Les névroses et les psychoses de décadence. — 159) Discussion sur l'excuse de folie invoquée dans | |

les crimes. — 160) Discussion sur l'aphasie dans ses rapports avec la capacité testamentaire. — 161) Discussion sur les phénomènes de l'hypnotisme et les théories relatives à sa nature. — *SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE*. — 162) SANO. Cinq cas de compression de la moelle. — 163) LAMBOTTE et SANO. Extirpation d'un névrome et suture du nerf médian. — 164) LENTZ. Enfants épileptiques. — *SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU*. — 165) V. A. MOURATOF. Mouvements forcés choréiformes. — 166) N. M. VERSILOFF. Compression de la moelle. — 167) PRIBYTSKOFF. Tumeur de la région cervico-spinale de la moelle. — 168) A. LOUNZ. Syringomyélie avec phénomène acromégalique. — 169) V. A. SAMGUINE. Cas de lèpre avec autopsie. — 170) L. S. MINOR. Troubles moteurs dans le lumbago et la sciatique. — 171) MOURAVIEV. Action du streptocoque et du bacille diphtérique sur le système nerveux. — 172) X. K. BOUCH. Modification à la méthode de Marchi.....

67

IV. — **BIBLIOGRAPHIE**. — 173) GRASSET. Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes.....

84

TRAVAUX ORIGINAUX

DÉGÉNÉRESCENCE ET STIGMATES MENTAUX, MALFORMATION DE L'ECTODERME; MYOCLONIE ÉPISODIQUE; ACROMÉGALIE POSSIBLE.

(PARAMYOCLONUS MULTIPLEX DANS UN CAS DE MALADIE DE RECKLINGHAUSEN)

PAR

E. Feindel et P. Froussard.

Nous venons d'observer un paramyoclonus multiplex chez un individu porteur des tumeurs cutanées et des nævi pigmentaires qui caractérisent la maladie de Recklinghausen.

Si, dans notre cas, la myoclonie d'une part, la neuro-fibromatose d'autre part, présentent peu de particularités capables de fixer l'attention, il en est tout autrement quant à la coexistence de l'une et de l'autre. Les myoclonies ne se développent que sur un terrain spécial; il nous semble qu'ici le terrain, sur lequel la maladie de Recklinghausen avait préalablement marqué son empreinte, était, par ce fait même, désigné à l'avance pour porter une myoclonie ou quelque autre produit de la dégénérescence.

Victor Dalif..., âgé de 32 ans, charretier, entre le 3 octobre 1898 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître, M. Brissaud, pour des contractions des muscles des cuisses et des jambes, rendant quelque peu difficile la marche et la station debout, mais surtout nombreuses lorsque cet homme est dans la position assise ou couchée.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade, alcoolique, s'est suicidé (pendaison) à l'âge de 33 ans.

Sa mère est morte à 32 ans à l'hôpital Beaujon, d'un érysipèle.

Quatre frères ou sœurs du malade sont morts en bas âge de convulsions. La mère du malade aurait eu en outre deux fausses couches.

Antécédents personnels. — Le malade est venu à terme, n'a pas eu de convulsions dans l'enfance.

A l'âge de 13 ans, il sort de l'orphelinat de l'abbé Roussel, à Auteuil, et est placé dans une verrerie où il resta deux ans. Dans cet établissement, un jour qu'il s'occupait du four à cuire, une pièce chauffée au rouge lui tomba sur la face, lui brûlant la paupière de l'œil droit. De suite après cet accident, la vision de l'œil droit a fortement baissé ; depuis elle serait restée telle, sans modifications. La brûlure n'a pas laissé de cicatrices sur le tégument.

A 15 ou 16 ans, Dalif..., prend le métier de charretier qu'il exerce depuis lors sans interruption. C'est vers l'âge de 16 ans qu'il aurait eu la fièvre typhoïde ; à 19 ans, cholérine ; à 32 ans, bronchite, pas d'autres maladies sérieuses.

Dans sa première enfance, Dalif..., dans une chute dont il n'a pas entendu dans la suite rapporter les détails, se fractura l'astragale, ce qui retarda l'époque où il commença à marcher.

Le pied gauche est demeuré très déformé, les os de la jambe sont comme enfoncés dans le tarse, le pied a subi une translation en dehors, les muscles de la jambe sont atrophiés.

Néanmoins, avant la maladie actuelle, Dalif... faisait régulièrement son métier de charretier ; sans trop de fatigue, en boitant fortement, il pouvait marcher pendant plus d'une heure ; mais ordinairement il évitait autant que possible la marche en grimpant sur le véhicule qu'il était chargé de conduire.

Enfin Dalif... n'est ni alcoolique ni syphilitique. Sa taille est de 1^m 60 ; il paraît bien musclé ; l'état général est très satisfaisant.

Début du paramyoclonus. — Il y a environ quatre mois, un matin, Dalif... conduisait par la bride un cheval attelé à un tombereau de sable. En passant sur les rails d'un tramway, le cheval glisse et tombe, entraînant Dalif... dans sa chute. Une voiture de laitier venait à vive allure derrière le tombereau ; elle accrocha celui-ci, le fit basculer en avant, et Dalif..., qui pensa être écrasé, en fut quitte pour une blessure du pouce droit dont l'extrémité fut prise entre l'avant du limon du tombereau basculé et le pavé. (L'extrémité du pouce fut meurtrie, l'ongle tomba dans la suite.)

Sur le moment, Dalif... avait eu grand'peur ; il se remit néanmoins facilement, releva son cheval, et continua son travail pendant tout le reste de la journée, sans trop penser à son accident.

Mais la nuit suivante fut tout entière occupée par le même rêve terrifiant qui se reproduisit cinq ou six fois consécutives : Dalif... voyait un cheval emporté attelé à une voiture ; le cheval venait sur lui, le renversait, et la voiture lui passait sur le corps. Les frayeurs de Dalif... étaient très grandes. Le sommeil ne fut pourtant pas interrompu, mais tout en dormant, notre homme se serait levé, puis recouché.

Le matin, au réveil, il vit que les muscles de ses cuisses et de ses jambes étaient agités de secousses ; il ne s'enleva pas moins et se sentit à son travail ; mais il tomba plusieurs fois en chemin, on le conduisit chez lui et il se coucha.

Depuis ce moment, les secousses musculaires ont conservé la même localisation, la même intensité, la même brusquerie.

État actuel. — On constate (14 octobre) des secousses musculaires également réparties aux deux membres inférieurs.

Le quadriceps fémoral, puis le demi-tendineux, les jumeaux, les fléchisseurs des orteils, les péroniers surtout sont spasmodiques à chaque membre.

Les adducteurs de la cuisse sont épargnés.

Les secousses musculaires sont brusques, intenses, et se succèdent sans ordre les unes aux autres.

Il en résulte des mouvements de peu d'amplitude, limités à une partie du membre, incohérents, et n'aboutissant pas à un déplacement d'ensemble.

Ainsi, le malade étant assis, les genoux sont légèrement fléchis, puis reviennent en place ; les rotules sont rapidement soulevées, les pieds sont brusquement élevés de 2 ou 3 centimètres, puis replacés sur le sol la pointe des pieds est rapidement portée en dehors ou en dedans, les orteils sont étendus, puis un peu fléchis.

Tous ces mouvements se suivent et s'entremêlent sans aucun ordre.

Il n'y a de secousses musculaires qu'aux deux membres inférieurs.

Les contractions, involontaires, se reproduisent pour les triceps fémoraux environ 50 fois par minute pendant l'examen de ce jour. Dans les autres muscles, elles sont un peu moins fréquentes.

Elles se montrent par accès dans un muscle donné ; le muscle se contracte à huit ou dix reprises, presque sans intervalle, puis il entre au repos pour quelques secondes. Pendant ce temps, d'autres muscles se contractent, de telle sorte que pendant notre examen il n'y pas de repos complet.

Le malade prétend que les contractions musculaires n'ont aucune trêve ; cependant, il y a des différences suivant les positions que Dalif... occupe.

Ainsi, les secousses sont particulièrement intenses et nombreuses dans le décubitus dorsal ou lorsque le malade est assis, moins lorsqu'il est couché sur le ventre, moins encore lorsqu'il est debout ou en marche. Cependant il en subsiste encore assez pour rendre la station debout difficile ou embarrasser la marche, et même causer quelquefois des chutes.

Par contre, pendant les mouvements volontaires peu prolongés et non répétés, il n'y a pas de secousses.

L'intensité des secousses musculaires est grande ; la main qui embrasse la masse charnue de la cuisse est soulevée par les contractions successives.

La percussion d'un des muscles fait immédiatement naître une contraction de ce muscle ; la percussion répétée à plusieurs reprises à court intervalle provoque la tétanisation du muscle.

Toute excitation cutanée provoque des secousses ; le fait de découvrir le malade dans son lit augmente le nombre et l'intensité des contractions.

De même que, dans l'ensemble des secousses musculaires, un muscle donné se contracte par accès, le paramyoclonus se reproduit par accès, attendu qu'il y a des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles les mouvements ne se produisent pas.

Pendant que l'on examine le malade de près, ces temps de repos sont courts et rares ; mais si on l'observe de loin et sans qu'il en soit averti, on voit, tout à l'inverse, des périodes de repos longues ($1/4$, $1/2$ minute), des accès de contractions courts (quelques secondes).

Les muscles des bras et du tronc ne sont pas agités de secousses. Le malade parle avec quelque difficulté ; sa face est un peu grimaçante pendant l'élocution, mais il n'y a là rien qui rappelle la myoclonie ; d'ailleurs le malade a, paraît-il, toujours parlé de la même façon.

Nulle part on n'aperçoit de tremblements fibrillaires.

Les contractions musculaires ne donnent pas lieu à des douleurs ; mais les deux genoux et l'épaule gauche sont le siège d'une douleur continue ; une pression, même légère, de ces articulations provoque une recrudescence très vive de la douleur, et, pour les genoux, une augmentation de la fréquence des contractions des muscles des membres inférieurs.

Il semble y avoir hyperesthésie à la pression au niveau des côtes inférieures droites. Pour le reste des téguments la sensibilité est normale, il n'y a pas d'hyperesthésie quoique les mouvements de défense soient exagérés.

Depuis le début de sa myoclonie, Dalif... a perdu le sommeil. Aussi ses secousses musculaires persistaient-elles pendant toute la durée de la nuit. Mais l'insomnie n'a pas résisté à une première dose de sulfonal. On a pu voir le malade immobile pendant le sommeil ; depuis quelques jours, il prend du sulfonal, et les accès diurnes de secousses musculaires sont moins fréquents, ils ne sont plus subintrants.

Pas de troubles vaso-moteurs. Pas de polyurie.

Le pouls est régulier.

La force musculaire aurait sensiblement diminué depuis le début de la maladie. Au dynamomètre, la main droite du sujet presse actuellement 17, et la gauche 15 ; on apprécie très nettement ce peu de vigueur en se faisant serrer la main.

Pas de tremblement des mains ni de la tête.

Le malade serait maladroit de ses mains depuis l'apparition du paramyoclonus.

Lorsqu'il s'agit de prendre un objet, la main plane quelque peu avant de le saisir.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le réflexe pharyngien est fort.

L'examen des yeux a été effectué par le Dr Péchin, qui a constaté un rétrécissement bilatéral concentrique du champ visuel, plus marqué à droite, pour le blanc comme pour les couleurs.

Il y a une dyschromatopsie très marquée pour l'œil droit ; à peu près toutes les couleurs sont prises les unes pour les autres, le malade répond comme au hasard.

A gauche, le bleu et le vert seulement sont confondus.

L'acuité visuelle est pour l'œil gauche de 1/8 ; pour l'œil droit de 1/20. (Fig. 1.)

Les pupilles réagissent.

A l'ophtalmoscope : atrophie optique blanche ; à droite les vaisseaux sont diminués de volume ; à gauche il existe de la péripapillite.

Rappelons que la vue de l'œil droit s'est trouvée affaiblie à la suite d'un accident de

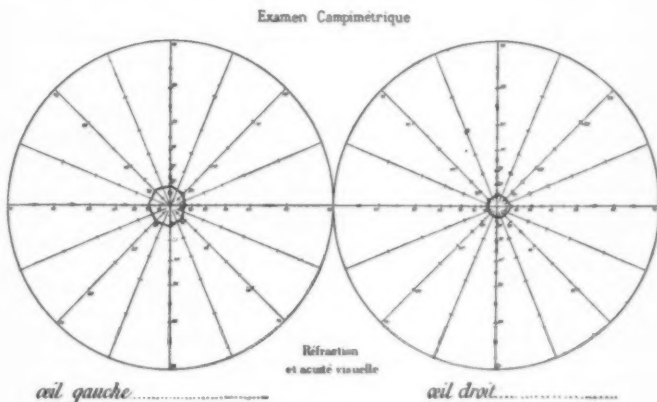


FIG. 1.

travail dans une verrerie, d'après le malade ; il n'aurait à aucun moment remarqué de modifications pour son œil gauche.

Dalif... entend normalement et également des deux côtés.

A noter encore qu'il est assez émotif et que, depuis quelque temps, il serait sujet à des crises de larmes.

En examinant le malade, on remarque qu'il est porteur de tumeurs et des pigmentations qui caractérisent la maladie de Recklinghausen.

Tumeurs cutanées : Elles sont peu nombreuses ; on n'en compte de bien visibles qu'une près du coude gauche, cinq ou six sur la poitrine et l'abdomen, autant sur le dos et les fesses, deux ou trois dans la barbe, sur le côté droit de la face ; leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une petite noisette. Sur le dos il y a d'autres tumeurs encore, mais peu accusées, à limites peu précises, soulevant à peine la peau. Sur le dos, à gauche est un *nævus vasculaire* d'un rouge vif, de la dimension d'une lentille.

En plus des tumeurs cutanées, relevant de deux types différents, il existe encore chez Dalif... une tumeur *sous-cutanée*, dure, plate, de la grosseur d'une noix, que l'on peut déplacer au-dessous de la peau, et qui ne se révèle guère la vue. Elle siège à la région lombaire, près de la ligne médiane à gauche ; elle paraît indépendante de la peau, et aussi de l'aponévrose de la masse sacro-lombaire ; elle glisse entre ces deux plans, comme le ferait un kyste hydatique (fig. 2).

Par la palpation, on ne reconnaît pas de tumeurs des nerfs.

La *pigmentation punctiforme* existe, mais assez discrète ; les taches de lentigo, pâles, sont éloignées de un demi à un centimètre les unes des autres, sauf à la ceinture et surtout au cou,

où elles sont plus serrées. Cette pigmentation ne se voit pas sur les membres ni au visage. (Fig. 2.)

Pigmentation en larges taches : Les plaques de pigmentation les plus étendues se trouvent : l'une sur la face antérieure de la cuisse gauche (5 centim. de diamètre), une autre sur la face

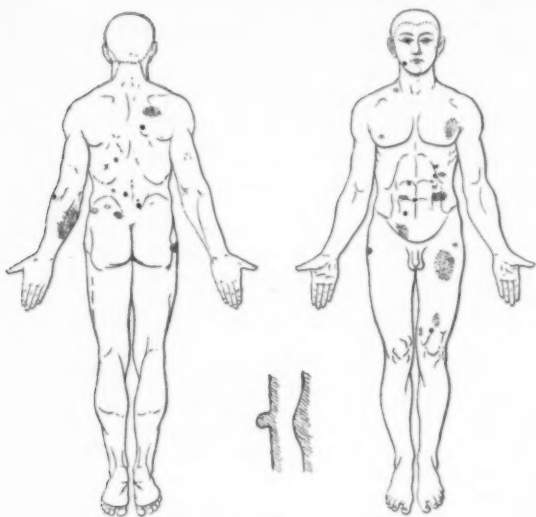


FIG. 2.

postérieure de l'avant-bras gauche (superficie égale à celle de la paume de la main); une autre est à droite au-dessus du pubis (3×3), une autre (7×4) se rencontre immédiatement au-dessus du mamelon gauche; on note encore plusieurs taches elliptiques à grand axe horizontal du dos et de la poitrine, et d'autres, plus petites, circulaires.

Le visage est pâle, mais n'a pas de teinte particulière.

Troubles fonctionnels. Le malade n'a jamais eu d'attaques de nerfs; mais il était sujet à des étourdissements (2 ou 3 par jour), qui parfois le faisaient tomber.

Depuis l'apparition du paramyoclonus, la mémoire aurait fortement baissé; le malade ne peut donner la date du jour où lui est arrivé son accident de tombereau.

L'intelligence paraît très obtuse. Dalif. arrive à peine à écrire son nom (fig. 3); il connaît ses lettres et peut lire des mots courts et usuels (oui, non, Paris...).

Il existe un trouble marqué du langage :

certain mots sont mal prononcés; le malade hésite avant de répondre, et ses réponses courtes, le plus souvent dissyllabiques (oui-oui), sont comme explosées; pendant l'élocution la face est un peu grimaçante, comme nous l'avons déjà noté.

Congénitalité. La tache pigmentaire de la cuisse gauche, dit le malade, a toujours existé;

idalifore visto
dalifé vil

FIG. 3.

mais nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur la date d'apparition des autres taches et des fibromes de la peau; ces accidents n'avaient pas été remarqués avant notre examen.

D'après le malade, aucune personne de sa famille n'a eu ni taches ni tumeurs.

On ne constate pas d'autres malformations congénitales, si ce n'est le palais ogival et un peu de prognathisme de la mâchoire inférieure.

En outre, la conformation de sa tête rappelle celle de l'acromégale.

Les organes génitaux sont bien conformés, mais le malade est vierge.

Dégénérescence. — L'individu qui fait le sujet de cette observation est manifestement un dégénéré. Il a d'ailleurs une hérédité paternelle (père alcoolique, suicidé) plus que suffisante pour avoir déterminé des troubles évolutifs du sujet.

En dehors des signes physiques de la maladie de Recklinghausen sur laquelle nous aurons à revenir, en dehors du volume de la tête qui a peut-être une signification particulière, nous trouvons seulement à noter, en tant qu'anomalies somatiques, le prognathisme de la mâchoire inférieure et le palais ogival.

Par contre, les stigmates psychiques sont bien apparents : défaut de l'intelligence et de la mémoire. Nous ne faisons pas grand état de ce que le malade ne sait ni lire ni écrire; il n'a été en classe que pendant deux ans, et deux heures par jour seulement; nous voyons à l'hôpital bien des gens pour qui l'école ne fut pas davantage prodigue d'enseignement et qui pourtant lisent ponctuellement leur gazette; n'empêche que nous admettons des circonstances atténuantes à ce que Dalif... n'ait pas donné à ses centres corticaux de la lecture et de l'écriture, une éducation suffisante.

Mais nous avons bien pu nous rendre compte, par les difficultés de notre interrogatoire, de l'insuffisance mentale de notre sujet.

Pour le défaut de la mémoire, nous pouvons en donner une idée par le fait suivant : malgré que nous ayons insisté à maintes reprises pour savoir la date précise de l'accident de voiture dont Dalif... fut victime, nous n'avons pu l'obtenir. Dalif... ne fait nul effort pour rappeler ses souvenirs. Ses réponses successives répètent la première : « je ne sais pas ».

À côté de cette insuffisance de l'intelligence et de la mémoire, nous avons à enregistrer l'inappétence sexuelle de Dalif... Il s'agit là vraisemblablement de quelque phobie; notre sujet est extérieurement un homme bien conformé; il a, dit-il, des érections. Quoi qu'il en soit, l'inaptitude à la conservation de l'espèce est un caractère appartenant à la dégénérescence.

Notons encore les vertiges, quelquefois avec chute, qui éveillent l'idée d'accès épileptiformes, et le trouble de la parole.

Maladie de Recklinghausen. — A vrai dire, Dalif... ne présente qu'une forme un peu incomplète de la maladie de Recklinghausen. Un des quatre symptômes cardinaux de cette affection (les tumeurs des nerfs) semble faire défaut. Deux autres, les tumeurs cutanées et le lentigo, sont assez faiblement représentés. La pigmentation en larges taches est par contre bien développée.

Malgré l'existence d'un nombre restreint de tumeurs cutanées, on constate que celles-ci appartiennent à deux types bien distincts. Pareille remarque a déjà été faite plusieurs fois, notamment par Delore et Bonne (1).

Quelques tumeurs à base très large par rapport à leur hauteur, sont très dépressibles, elles semblent siéger dans les couches profondes de la peau.

(1) DELORE et BONNE. Neuro-fibromatose et névrome plexiforme. *Gazette hebdomadaire* 27 mars 1898.

D'autres, plus superficielles, en saillie, ne paraissent pas différer notablement du fibroma molluscum vulgaire.

Les symptômes fonctionnels de la neuro-fibromatose sont ici bien accentués : défaut de l'intelligence et de la mémoire, vertiges, maladresse, lourdeur des mouvements, trouble de la parole.

Le trouble de la parole de Dalif... consiste en ceci : pour parler, il exagère le prognathisme de sa mâchoire inférieure ; puis maintenant sa bouche entr'ouverte, il scande des syllabes gutturales ; voyelles et consonnes sont assez bien prononcées, mais s, j, ch, prennent le même timbre chuintant ; il n'y a guère de mouvements d'élévation et du maxillaire inférieur, mais on voit par contre des mouvements de latéralité de celui-ci et quelques contorsions des joues et des lèvres qui ne devraient rien avoir à faire avec l'articulation des mots.

Tous ces troubles, nous les avons déjà énumérés en les considérant comme des signes de la dégénérescence du malade. L'inappétence sexuelle de Dalif... peut de même être aussi bien comptée parmi les particularités présentées par ce dégénéré que parmi les attributs que peuvent éventuellement offrir les neuro-fibromateux. Nous avons en effet noté la frigidité dans une bonne moitié des cas de maladie de Recklinghausen qu'il nous a été donné d'observer, et cela, chez des hommes comme chez une femme.

Enfin, rappelons en passant que chez notre sujet la neuro-fibromatose n'est pas héréditaire. Il y a hérédité névropathique mais non hérédité similaire, comme dans les observations récentes de Spillmann et Etienne (1).

Pour le *Paramyoclonus* dont Dalif... est atteint, il affecte symétriquement les muscles des membres inférieurs ; chaque muscle se contracte pour son compte, indépendamment de ses congénères, les secousses ne produisent pas de mouvements d'ensemble du membre.

Il est à remarquer que, dès le premier jour, les secousses étaient aussi intenses et avaient la même extension qu'aujourd'hui, après quatre mois de maladie.

La frayeur, en tant que cause occasionnelle, n'est pas exceptionnelle dans l'étiologie de ce trouble musculaire. Ici, ce qu'il y a de particulier, c'est dans le domaine du subconscient, la méditation d'un événement effrayant. C'est, pendant toute la nuit qui sépare l'accident du début du paramyoclonus, cette série de rêves reproduisant toujours la même scène.

Il y a donc là grande analogie avec ce que l'on observe dans certains cas d'hystéro-traumatisme où l'accident morbide n'éclate qu'après la rumination du traumatisme.

Cependant nous ne voyons pas en notre malade un hystérique. Les vertiges anciens, les crises de larmes actuelles, le rétrécissement concentrique du champ visuel (il y a d'ailleurs des lésions du fond de l'œil) nous semblent insuffisants pour justifier ce diagnostic. Dalif... est un dégénéré, mais sa dégénérescence n'apparaît pas sous la forme de l'hystérie.

Comme tout autre dégénéré, un hystérique aurait d'ailleurs le droit de faire de la myoclonie.

Il en fut ainsi chez le malade de Blumenau (2) qui après une chute suivie de perte de connaissance, se montra atteint de myoclonus des quatre membres. La coexistence du rétrécissement concentrique du champ visuel, d'une aphonie complète, de la limitation des mouvements de la langue, d'une rétention d'urine

(1) SPILLMANN et ETIENNE. Six cas de neuro-fibromatose. *Gaz. hebdomadaire*, 17 juillet 1898.

(2) BLUMENAU. Du paramyoclonus multiplex. *Pract.*, 1898, n° 18, p. 524.

de très peu de durée sont, dans le cas de Blumenau, de nature à justifier le diagnostic d'hystérie.

Mais nous n'avons pas à considérer ici les rapports de l'hystérie et des autres formes de dégénérescence prises en particulier avec le paramyoclonus multiplex et les myoclonies. « Tous ces états myocloniques ont comme caractère commun d'être des expressions ou des produits de l'état de dégénérescence » (1).

Il nous suffit de constater que l'appellation générale de dégénérescence convient bien à notre malade.

Nous appuyant sur l'autorité du Professeur Raymond, nous considérerons donc le paramyoclonus de Dalif... comme un épisode de sa dégénérescence affirmée d'un autre côté par un nombre de bonnes raisons.

Dégénérescence et maladie de Recklinghausen. — En définitive, la myoclonie est dans notre cas liée à la dégénérescence comme la plante au sol qui l'a produite. La neuro-fibromatose n'est-elle pas en relation avec l'une d'elles, avec la première en date ? N'en serait-elle pas comme la couleur, qui permet de loin de juger de la nature d'un terrain ?

Les signes psychiques et fonctionnels que présente notre malade sont attribuables aussi bien à la dégénérescence qu'à la maladie de Recklinghausen. Qu'est-ce à dire, sinon que celle-ci est la conséquence ou une forme de la première. L'enchevêtrement de la dégénérescence avec la neuro-fibromatose ne se limite pas à la communauté d'allure de leurs signes psychiques. La dégénérescence a ses stigmates somatiques, malformations congénitales ; la maladie de Recklinghausen ses symptômes physiques, conséquences d'une malformation primitive de l'ectoderme (Brissaud). Au même titre que toute autre malformation ils sont stigmates d'un état dégénératif (2).

En résumé, notre malade nous apparaît comme un dégénéré portant pour stigmates de sa dégénérescence les symptômes physiques de la maladie de Recklinghausen ; la myoclonie dont il est atteint est un produit de sa dégénérescence.

Il nous semble que la coexistence de la dégénérescence, de la maladie de Recklinghausen et d'une myoclonie chez un même sujet est de nature à éclairer les rapports réciproques unissant ces états morbides.

Si le moment étiologique fondamental des myoclonies était encore discutable, l'existence d'un paramyoclonus multiplex chez un dégénéré neuro-fibromateux fils d'un alcoolique suicidé serait apte à faire ranger les convulsions musculaires parmi les troubles exprimant l'état de dégénérescence.

D'autre part, chez un dégénéré, fils d'alcoolique suicidé, on voit se développer un état myoclonique, état qui représente un produit de la dégénérescence ; sur ce malade on constate un ensemble de signes congénitaux ou tout au moins d'origine congénitale : ces signes constituent donc un stigmate de la dégénérescence, de cette variation individuelle en moins, qui a mis dès les premières étapes de son développement notre sujet à un niveau inférieur à celui de l'individu moyen de sa race.

Dégénérescence, stigmates congénitaux, maladie de Recklinghausen, sont chez notre sujet confondus, engrenés ; pourquoi ? C'est qu'ils sont chez notre sujet seule et même conséquence du même phénomène : le trouble de dévelop-

(1) RAYMOND. Leçons de 1896, p. 569, des *Myoclonies*.

(2) FEINDEL et OPPENHEIM. Sur les formes incomplètes de la neuro-fibromatose. *Archives générales de médecine*, juillet 1898.

pement embryonnaire du feuillet ectodermique, sous l'influence de l'alcoolisme paternel.

Le feuillet ectodermique seul a eu son évolution troublée; de là le complexus d'une forme spéciale qui dénonce à l'extérieur la dégénérescence du malade. Neuro-fibromatose signifie : dégénérescence avec stigmates neuraux et épidermiques.

Dès lors, chez notre malade, l'apparition de la myoclonie se justifie.

L'influence paternelle a troublé l'évolution du feuillet ectodermique de l'embryon; de là, signes extérieurs de la maladie de Recklinghausen; mais la partie de l'ectoderme incluse dans le crâne et le canal neural n'est pas normale; elle n'a pas un fonctionnement parfait (défaut de l'intelligence, etc.), un choc peut faire éclater un trouble intense de cette portion incluse; dans notre cas survient une myoclonie.

Nous en avons fini avec cette discussion; nous croyons notre observation un argument puissant en faveur de cette opinion que : *les signes physiques de la maladie de Recklinghausen sont des stigmates de la dégénérescence, la maladie de Recklinghausen représente une forme de la dégénérescence.*

Un dernier point : notre malade a une tête d'acromégale; est-il acromégalique? L'apparence extérieure de son chef (fig. 4), les lésions du fond de l'œil font que cette question ne peut être résolue par la négative. Les mains sont assez grandes, mais pas grosses, les pieds sont normaux de dimension.



FIG. 4.

Par ailleurs, pas de symptômes accessoires de l'acromégalie, mais l'acromégalie peut évoluer jusqu'à ce que la déformation de la tête et l'épaississement des extrémités soit considérable et cela sans que le sujet reconnaisse sa santé le moins atteinte; nous venons de voir tout récemment un exemple de ce fait.

Restent donc, chez notre sujet, la tête, assez grosse, à type acromégalique, et les lésions du fond de l'œil, qui peuvent être rapportées à la compression exercée par une tumeur cérébrale. Ce n'est pas assez pour diagnostiquer l'acromégalie, c'est suffisant pour avoir une présomption. Et comme nous n'oublions pas que la pituitaire est en partie de provenance ectodermique, nous

ne serions pas étonnés de voir les symptômes révélateurs de l'altération de l'hypophyse se compléter chez notre sujet, marqué de la maladie de Recklinghausen.

ANALYSES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

- 112) **L'Amœboïsme du Système Nerveux**, par MATHIAS DUVAL. *Revue scientifique*, mars 1898.

M. Mathias Duval rappelle les conclusions qu'a permis de poser la théorie moderne des neurones : 1° leur articulation a lieu par *contiguïté* et non par *continuité*; 2° leurs prolongements sont susceptibles de mouvement grâce à la contractilité du protoplasma; c'est l'amœboïsme nerveux.

On a pu en déduire une « théorie histologique du sommeil » (thèse Pupin, 1896) par rétraction des prolongements; par là s'expliquerait aussi l'arrêt de fonction nerveuse amenant les actes d'inhibition (anesthésie, paralysie hystériques). Des mouvements amœboïdes avaient déjà été constatés dans les cellules de la *rétine* et dans les cellules *olfactives* (Pergens).

Sur les cellules pyramidales, dans la *fatigue*, on observe une rétraction des prolongements (Demoor). Enfin la théorie semble surtout confirmée depuis les recherches de Monodélian sur le bulbe olfactif de souris fatiguées.

L'auteur émet l'hypothèse de *nervi-nervorum* (fibres centrifuges commandant l'activité amiboïde des éléments nerveux et agissant sur l'articulation de deux neurones sensitifs selon l'état d'attention commandé par le cerveau). L'existence des fibres centrifuges déjà constatée par Cajal, van Gehuchten dans le nerf optique et le bulbe olfactif, a été observée par Monodélian jusqu'au niveau des glomérules de ce bulbe.

Il est probable qu'une pareille disposition se réalise pour tout l'ensemble du système nerveux.

PIERRE JANET.

- 113) **Nouvelles contributions à l'étude histologique de la Rétine**, de Ramon y Cajal, par GREEF. *Zeitschrift für Psych. u. Phys.*, février 1898, p. 161.

L'histogénèse montre que les cônes représentent les bâtonnets à un degré ultérieur d'évolution; ils émanent de deux sortes de cellules bipolaires distinctes. Le développement du prolongement cellulipète permet de distinguer entre les cellules *sensorielles* (neuro-épithéliales) et les cellules nerveuses *centrales*. Le système nerveux présente trois espèces de cellules : 1° celles qui débuent par le prolongement centripète (cônes et bâtonnets, cellules olfactives et gustatives); 2° celles qui donnent d'abord un prolongement cellulifuge (majorité des cellules multipolaires des centres); 3° celles qui donnent les deux prolongements en même temps (cellules bipolaires) de la rétine.

Dans la rétine des moineaux, Cajal observe des *spongioblastes d'association* (cellules de type Golgi) établissant la communication entre des spongioblastes étoilés. Un plexus de *fibres centrifuges* (étudié par Doziel) parcourant toute la couche de ces spongioblastes permet de les regarder comme un échelon important dans une chaîne de conduction. Dans la couche des cellules bipolaires, le rôle des cellules étoilées est encore incompris.

PIERRE JANET.

- 114) **Le point d'Accommodation**, par R. A. REDDINGIUS. *Zeitsch. f. Psych. u. Phys.*, février 1898, p. 188.

On sent dans les yeux une certaine tension quand on fixe un objet rapproché beaucoup plus grande que quand on regarde un objet lointain. On ne peut déterminer au juste quels sont les muscles internes dont la contraction détermine ce sentiment. L'auteur discute les théories de Landolt, de Panas sur ce sujet et étudie le champ d'accommodation et ses rapports avec le point de fixation.

PIERRE JANET.

- 115) **Explication de l'interversion de la loi de la Contraction Musculaire dans la Réaction de Dégénérescence** (Erklärung der Umkehr des Muskelzuckungsgesetzes bei der Entartungsreaktion, auf experimenteller und klinischer Basis), par HUGO WIENER (Travail de l'Institut de Pathologie expérimentale et de la clinique propédeutique de la Faculté de Prague). *Deuts. Archiv. f. Klin. Med.*, 1898, Bd. LX, p. 264-316.

En se basant sur les résultats de ses nombreuses recherches expérimentales et des observations cliniques, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La méthode ordinaire *polaire* d'excitation des muscles donne naissance à un double courant qui s'établit entre le point d'application de l'électrode d'une part, et les deux bouts périphériques du muscle de l'autre, ceux-ci formant des électrodes d'un sens opposé au premier. Il se fait de cette façon une excitation so-disant *péripolaire*.

2° Cette disposition des électrodes aux bouts périphériques du muscle n'a lieu que dans les muscles rectilignes, à fibres longues et parallèles, attendu que le courant électrique se dirige le long des fibres d'un bout à l'autre. Elle subit des modifications correspondantes dans les muscles à fibres obliques (comme le gastrocnémien) et à direction compliquée.

3° La contraction de la fermeture du cathode (K F) se dirige du point d'application de l'électrode vers les deux pôles périphériques du muscle. Pour la A F les rapports sont inverses.

4° La prépondérance de la KF dans un muscle normal tient d'abord de ce que, à ce point d'excitation, l'excitabilité est plus forte (à cause de la proximité de l'entrée du nerf) et la densité du courant est plus grande qu'aux deux pôles du muscle.

5° Quand le muscle meurt ou dégénère, les conditions de son excitabilité changent de telle façon que c'est le lieu d'entrée du nerf qui perd son excitabilité en tout premier lieu, et que de là l'abolition de l'excitabilité se répand vers les pôles ; ceux-ci restent par conséquent excitables pendant longtemps.

6° L'interversion de la loi de la contraction dans un muscle dégénéré résulte de ce que les points les plus excitables du muscle ne se trouvent plus aux cathodes provoquées par la fermeture de la cathode [c'est-à-dire pas au milieu du muscle, près de l'entrée du nerf], mais au contraire aux cathodes provoquées par la A J [c'est-à-dire, comme il résulte du § 5, aux deux pôles du muscle]. Mais pour que cette intervention de la formule $[A F < K F]$ puisse avoir lieu, il faut encore que la différence de l'excitabilité entre le centre et les pôles du muscle ne puisse être compensée par la plus grande densité du courant au premier point [centre du muscle].

A. RAICHLIN.

- 116) **De l'Écriture Frontale droite ou renversée**, par H. WEGENER. *Zeitsch. für Psychol. u. Phys.*, février 1898, p. 90.

L'auteur soulève le problème de savoir à quelle sorte de représentations sont

liés les mouvements de l'écriture (auditives selon Grashey, motrices selon Wolff). La discussion de ce problème est faite à propos du cas de Voit. Wolff voit une preuve à l'appui de sa théorie dans ce fait que, chez Voit, l'écriture sur le front n'est pas « en miroir », ce qui a lieu, pense-t-il, chez l'homme normal. Mais toute sa théorie repose sur une fausse supposition : l'expérience prouve que l'écriture frontale, chez l'homme normal, est souvent droite et cela d'autant plus que les sujets sont plus âgés et cultivés. Dans le cas particulier de Voit, c'est l'image optique qui doit intervenir.

PIERRE JANET.

117) **De l'investigation expérimentale de la Mémoire**, par F. KENNEDY. *Psychol. Review*, septembre 1898, p. 477.

L'auteur se propose un examen critique des recherches expérimentales faites sur la mémoire.

I. — Les méthodes. Celle des cas justes et des cas faux est la plus usitée. La différence entre les diverses méthodes repose sur la différence entre la *reproduction* et la *reconnaissance*. Les événements reculés sont plus aisément reconnus que reproduits ; nous comprenons plus de mots que nous n'en pouvons employer. La méthode de reconnaissance comprend celles de *sélection* (Baldwin) et d'*identification*, de beaucoup la plus simple et la meilleure. Ces méthodes ne diffèrent que par le second terme de l'expérience :

| | | |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| Aucun stimulus | n'étant nécessaire dans | la reproduction. |
| Un | étant | » » l'identification. |
| Plusieurs | » | » » la sélection. |

La méthode de reproduction est la seule que l'on emploie quand il s'agit de l'étude de la mémoire verbale.

II. — Les matériaux (stimuli). Nous pouvons nous rappeler soit l'objet lui-même (mémoire immédiate), soit cet objet au moyen de concepts, par sa classification (mémoire médiée) dont nous usons dans le langage. Ebbinghaus et Wolfe tendent à considérer la mémoire comme opérant d'après des lois formelles indépendamment de son contenu, mais l'expérience dément ces vues et montre l'importance de ce qui fait la matière de la mémoire. Le problème actuel de la mémoire consiste à retracer les transformations que subit chaque processus à travers le temps.

III. — Les problèmes. On néglige souvent parmi les conditions de la mémoire, deux facteurs importants : le *rythme de la répétition* et la *nature de l'objet* (Ebbinghaus).

Les *sensations musculaires* jouent un rôle capital dans la mémoire. De deux sons identiques objectivement le dernier semble toujours le plus fort. Quand on opère sur deux sensations de poids, c'est l'inverse qui se produit.

A travers le temps, l'image subit un changement *qualificatif*. Il ne faut pas négliger l'importance des facteurs individuels : l'âge, le sexe, la race, la santé dans la réception et la rétention des faits de mémoire. Les expériences semblent établir que les filles ont une mémoire supérieure à celle des garçons ; les nègres une supérieure à celle des blancs.

L'auteur termine par une bibliographie très complète de tout ce qui a rapport à l'étude expérimentale de la mémoire.

PIERRE JANET.

118) **Études sur la Mémoire et l'Association** (Laboratoire de Wellesley College), par M^{lle} CALKINS. *Psychol. Review*, septembre 1898, p. 451.

Des recherches comparatives ont été faites sur la facilité avec laquelle les élèves retiennent les mots *prononcés*, *lus* ou les objets *concrets* montrés. Ces études

ont confirmé la loi qui établit la supériorité de la *mémoire concrète* sur la *mémoire verbale*, supériorité s'accroissant à mesure que le *rappel* des souvenirs est différé.

Des recherches individuelles établissent que la mémoire pour les mots *vus* est sensiblement meilleure que pour les mots prononcés ou entendus. L'habitude et l'association jouent un rôle important dans les erreurs commises.

On constate la fréquence des associations avec les *souvenirs d'enfance* (Galton), laquelle va croissant à mesure qu'on avance vers la vieillesse. Cette sorte d'association s'explique par la richesse en image de la vie consciente de l'enfant ; mais elle n'exclut pas notre tendance à associer nos événements présents à notre passé immédiat.

PIERRE JANET.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

119) **Deux cas d'Affection Transversale de la Moelle Cervicale. Contribution à la connaissance des Réflexes tendineux, des Dégénérescences secondaires et des corps granuleux** (Körnchenzellen) **dans la moelle**, par H. SENATOR (Berlin). *Zeitsch. für Klin. Med.*, 1898, Bd. XXXV, p. 1-36.

Obs. I. — *Psammomasarcome intramédullaire*. — F..., âgé de 36 ans, sans antécédents héréditaires. A la suite d'une affection fébrile de 6 semaines de durée, en 1879, ressentit des douleurs déchirantes du côté droit de la nuque, irradiant vers l'occiput, d'abord faibles, ensuite de plus en plus fortes et s'étendant au bras droit et au côté symétrique gauche. En 1882, apparition des paresthésies, au membre supérieur droit et au tronc, plus tard au membre inférieur gauche. Six mois plus tard, paraplégie inférieure progressive et complète, de nature spasmodique, avec anesthésie tactile légère et troubles des sphincters ; paralysie flasque des mains et des avant-bras, avec atrophie des muscles atteints et diminution simple de l'excitabilité électrique. Évolution très lente de la maladie. Anesthésie de la moitié inférieure du corps jusqu'au niveau de la quatrième côte, anesthésie dans le domaine des deux nerfs cubitiaux. Troubles trophiques variés (bulles, érosions, abcès) aux pieds et aux cuisses. Paralysie des sphincters. Finalement décubitus sacral et mort en 1892.

Le diagnostic *intra vitam* hésitait entre la pachyméningite cervicale hypertrophique et une tumeur intramédullaire.

AUTOPSIE. — Tumeur intramédullaire (psammomasarcome fasciculaire), provenant probablement de la dure-mère, de forme cylindrique, mesurant 7 à 6,5 centim. de longueur, s'étendant de la 5^e paire cervicale à la 2^e dorsale. Sur cette étendue on ne peut plus distinguer ni la pie-mère, ni les racines nerveuses du côté droit, tandis que du côté gauche on aperçoit nettement toutes les racines, sauf la 7^e racine cervicale. Sur les coupes prises au niveau de la 7^e racine cervicale, c'est-à-dire presque au milieu de la tumeur, on ne retrouve aucune trace de substance nerveuse : *toute la moelle est donc englobée et détruite par le néoplasme*. En deçà et au delà de ce niveau la moelle est plus ou moins déformée et envahie. En dehors de la tumeur la moelle apparaît mince et atrophique et on y retrouve, en outre, des dégénérescences ascendantes et descendantes bien connues, une atrophie manifeste des cellules de la substance grise, en raison sans doute de l'interruption de la conductibilité médullaire et de l'affaiblissement fonctionnel qui en résulte (Marinesco, Goldscheider, etc.). Dans les troncs nerveux on constate une simple disparition de fibres telle qu'on la voit ordinairement à la suite de la

destruction des cellules et des fibres radiculaires correspondantes. Peut-être, vu la longue durée du processus, les fibres primitivement dégénérées ont-elles eu le temps de se résorber ensuite. Il faut rapprocher de ce fait anatomique l'absence de secousses fibrillaires et de la RD électrique, au moins dans les phases ultérieures de la maladie (car celles-ci ont pu également exister à l'époque initiale de l'affection, celle qui a précédé l'examen clinique de l'auteur).

Ce qui est plus intéressant encore, c'est la façon dont se sont comportés, dans cette observation, les réflexes tendineux. On a vu que la paraplégie était restée spasmodique (avec exagération des réflexes tendineux) jusqu'à la période ultime de la maladie (3 mois avant la mort, date du dernier examen clinique) et cela malgré l'interruption complète et ancienne de la conductibilité de la moelle cervicale. Ce fait, joint à celui de Bastian lui-même et de Schultze, prouve que, si l'interruption complète de la conductibilité médullaire est bien susceptible d'entraîner la disparition des réflexes tendineux (cas de Bruns, d'Egger, de Hoche et Habel, de Pfeiffer et de Senator), comme le soutiennent Bastian et Bruns, celle-ci n'est pas une conséquence obligatoire, et les réflexes peuvent persister même lorsque toute la coupe transversale de la moelle a disparu (cas de Bastian, de Schultze et de Senator). Du reste, même dans les cas de destruction incomplète de la moelle les réflexes tendineux se comportent dans diverses observations d'une façon bien différente, et on est obligé d'admettre qu'en dehors de l'interruption plus ou moins complète de la conductibilité médullaire, il doit exister d'autres facteurs variables dans chaque cas individuel qui influencent les réflexes dans un sens ou dans un autre. Quant à la nature de ces facteurs, nous ne les connaissons pas ou à peine. Peut-être, comme le supposent Rosenthal et Mendelssohn, à l'instar des réflexes cutanés, les réflexes tendineux peuvent-ils également choisir dans des cas pathologiques d'autres voies que la voie normale.

Obs. II. — Ouvrier âgé de 30 ans. Traumatisme grave de la colonne vertébrale à l'état d'ébriété complète. Paraplégie inférieure absolue. Les mouvements de la tête occasionnent de violentes douleurs de la nuque. Parésie des muscles abdominaux. Priapisme léger. Anesthésie et analgésie complètes des jambes et du tronc jusqu'au bord de la troisième côte, en ligne circulaire. Absence des réflexes rotuliens et cutanés. Paralysie incomplète des doigts et des poignets. Anesthésie des deux nerfs cubitiaux. Rétention d'urine et des matières. Décubitus aigu. Mort au bout de 4 semaines de séjour à l'hôpital (cystite gangréneuse ; phlegmon du bassin).

AUTOPSIE. — Spondylolisthésis de la vertèbre proéminente et de la 1^{re} dorsale. Écrasement de la moelle (myélomalacie diffuse traumatique), dont l'épaisseur, à l'endroit le plus endommagé, atteint à peine 4 à 4,5 millim. A l'examen microscopique on trouve, à côté d'un détritus de myéline écrasée, des fragments de vaisseaux, de fibres nerveuses et de cylindres-axes, une quantité de cellules rondes de dimensions diverses (3 à 5 fois plus grandes que les globules rouges du sang), situées en grande partie autour des vaisseaux, en partie aussi loin de ceux-ci, au milieu du tissu nerveux, surtout dans les domaines des dégénération secondaires. Ces cellules, pourvues d'un grand noyau rond ou oval, parfois de deux noyaux distincts, et qui contiennent pour la plupart des noyaux et des nucléoles de myéline, ne sont autre chose que les « cellules à nucléoles » (Körnchenzellen), sur l'origine desquelles on n'est pas encore définitivement fixé. D'après les recherches de l'auteur, ces cellules n'ont rien de commun avec les leucocytes polynucléaires ; leur origine est double : celles qui sont situées autour des vaisseaux proviennent des cellules connectives fixes (adventice), et se

retrouvent particulièrement dans les traumatismes de la moelle ; les autres, librement situées dans le tissu nerveux, loin des vaisseaux, pourvues de noyaux plus volumineux, proviennent ; comme l'a déjà supposé Leyden, des cellules de la névroglie, et se cantonnent surtout dans les domaines des dégénération secondaires.

Au point de vue clinique, il importe à noter dans cette observation la disparition complète des réflexes tendineux (l'interruption de la conductibilité médullaire n'était cependant pas complète). Quant aux réflexes cutanés, ils n'étaient pas tout à fait éteints ; parfois même ils se montraient exagérés. Cette discordance entre les réflexes tendineux et cutanés est du reste un fait habituel dans la clinique des lésions médullaires.

A. RAICHLIN.

NEUROPATHOLOGIE

120) **Évolution, Pronostic et Traitement de l'Hémiplégie organique,** par GILLES DE LA TOURETTE. *Semaine médicale*, 1898, p. 369, n° 46.

L'auteur insiste particulièrement sur l'arthrite des hémiplégiques, siégeant le plus souvent au niveau des articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale du côté paralysé.

Il s'agit très rarement d'arthrite aiguë ; presque toujours c'est une arthrite chronique d'emblée, sans réaction inflammatoire.

Cette arthrite est très fréquente. Sur 20 malades, l'auteur l'a observée 17 fois (10 fois limitée au membre supérieur, et 7 fois étendue au membre). Elle conduit à l'ankylose plus ou moins complète et par suite à l'impotence du segment de membre intéressé.

Elle doit être attribuée à l'immobilisation forcée qu'entraîne la paralysie et surtout la contracture ; la preuve en est dans sa localisation au niveau de sa jointure (scapulo-humérale et coxo-fémorale) qui, par sa situation, est le plus à l'abri des mouvements que le sujet peut de lui-même faire exécuter aux muscles paralysés.

Cette arthrite justifie les douleurs des hémiplégiques. Elle explique l'atrophie musculaire dont elle est le facteur direct. Cette atrophie plus ou moins limitée, existait chez les 17 malades précédents et se superposait à l'arthrite, respectant les membres ou les segments de membre qui étaient indemnes de lésions articulaires, occupant exclusivement le territoire trophique de l'articulation lésée. C'est une atrophie réflexe d'origine articulaire.

Pour éviter l'arthrite, chez les hémiplégiques, et partant l'atrophie musculaire, il faut recourir à la mobilisation précoce des articulations.

A. SOUQUES.

121) **Un cas de Méningo-Myélite Syphilitique avec formation de cavités de la Moelle épinière,** par E. SCHWARZ (travail du laboratoire d'anatomie du professeur Paltauf de Vienne). *Zeits. f. Klin. Med.*, 1898, Bd. XXXIV, p. 469-526.

Chez une malade, âgée de 31 ans, ayant présenté des phénomènes cliniques typiques de la syphilis méningo-médullaire, on a trouvé à l'autopsie, à côté des altérations caractéristiques pour cette affection, des destructions étendues de la substance médullaire, principalement sous forme de cavités centrales et d'une « homogénéisation » particulière de certaines régions de la moelle. Les cavités sont situées dans la partie inférieure de la moelle cervicale, tandis que « l'homogénéisation » particulière, diffuse de la substance médullaire (affectant les cornes

antérieures, la commissure centrale, les cordons postérieurs) s'étend dans presque toute la longueur de la moelle dorsale.

L'auteur discute longuement la nature de ces altérations, critique les diverses opinions des auteurs et conclut que les excavations résultent de liquéfaction du tissu homogénéisé, nécrotisé qui les entoure (ramollissement aigu ou nécroses localisées dans le domaine des branches terminales de l'artère sub-commissurale; artère de la corne antérieure et de la colonne vésiculaire), tandis que l'homogénéisation, observée dans la moelle dorsale, diffuse, sans limites bien tranchées, avec conservation au milieu de ces masses de quelques éléments cellulaires et autres, tient à une dégénération particulière, lente et chronique du tissu névroglie, résultant à la fois des altérations vasculaires (ischémie) et d'une stase lymphatique. Cette dégénération, aboutissant à la tuméfaction des fibres et à l'homogénéisation du tissu, ne peut pas être identifiée avec la dégénération « hyaline » ou « muqueuse » des produits de la gliomatose, comme le prouvent les différences des réactions microchimiques. Ce n'est pas non plus une simple transsudation de la lymphe (« œdème lymphatique »), laquelle se rencontre du reste dans des cas analogues.

A. RAÏCHLINE.

- 122) **Contribution à l'étude de la Syringomyélie** (Zur Lehre von der Syringomyelie), par L. MINOR (Moscou). *Zeits. f. Klin. Med.*, 1898, Bd. XXXIV, p. 373-394.

L'auteur décrit deux cas de syringomyélie (avec autopsies) qui peuvent servir d'excellentes illustrations à la théorie embryogénique de Leyden. Dans le premier cas il s'agit d'un enfant âgé d'un an, atteint de spina-bifida, méningocèle et hydrocéphalie; microscopiquement on découvre une hydromyélie et une syringomyélie, avec doublement du canal central et transformation manifeste d'un processus dans l'autre. Dans l'autre cas il s'agit d'un endothéliome des vertèbres cervicales, ayant déterminé la mort par myélite ex compressio, chez une fillette de 12 ans. A l'autopsie on trouve une gliomatose avec dilatation et doublement du canal central, évidemment d'origine congénitale.

Mais, comme l'a formulé Schultze au dernier Congrès de Moscou, la pathogénie de la syringomyélie est multiple. A côté de la pathogénie embryonale de l'affection qui prouve les rapports étroits existant entre la syringomyélie et l'hydromyélie, il existe encore d'autres modalités (Hauptmodalitäten) de syringomyélie. Parmi celles-ci une place importante revient aux cas de syringomyélie résultant de l'hématomyélie centrale (Minor). Une importante communication à ce sujet a été faite par l'auteur au Congrès de Moscou.

A. RAÏCHLINE.

- 123) **Un cas de Paralysie de Landry à marche aiguë** (An acute case, etc.), par HENRI H. HAWARD. *The British medical Journal*, 25 juin 1898, p. 1654.

Paralysie ayant évolué et abouti à la mort en 29 heures : début par les muscles du pharynx, du larynx, de la colonne vertébrale et du cou, tous les autres muscles sont pris successivement. Pas de troubles sensitifs ou mentaux. Cause inconnue, rate grosse.

L. TOLLEMER.

- 124) **Contribution à la pathologie et à l'histologie de la Sclérose Multiple**, par P. SCHUSTER et M. BIELSCHOWSKY (travail du laboratoire du professeur Mendel, de Berlin). *Zeits. f. Klin. Med.*, 1898, Bd. XXXIV, p. 394-418.

Observation intéressante, suivie d'autopsie et d'un examen histologique très

soigné. Réflexions judicieuses sur la pathologie et la physiologie pathologique de la sclérose en plaques en général et en particulier des phénomènes observés dans le cas en question.

A. RAICHLINE.

125) Le mécanisme des Réflexes, Abolition du Réflexe rotulien malgré l'intégrité relative de la Moelle lombo-sacrée, par F. SANO (Anvers). *Journal de Neurologie*, Bruxelles, n° 16, 1898.

S. publie le détail de six cas dont il a pu faire l'examen nécropsique. Quatre fois il y a eu lésion cervicale, deux fois lésion dorsale supérieure. Trois fois le début fut brusque et la moelle complètement sectionnée; dans ces trois cas la paraplégie flasque avec abolition des réflexes s'est produite d'emblée et s'est maintenue jusqu'à la mort, survenue respectivement 40 heures, 5 jours et 7 mois et demi plus tard. Une fois il y a eu érection continue, une autre fois les renseignements manquent, une autre fois il n'y avait érection que quand on sondait le malade. Ce détail prouve que l'érection, que l'on note si souvent dans les cas de section médullaire traumatique, n'est pas un phénomène de simple paralysie vasculaire; ce même malade, quand on lui mettait de l'eau froide ou de l'eau chaude sur les membres paralysés, présentait, dans les muscles, des contractions fibrillaires analogues aux contractions irido-musculaires.

Une seule malade a eu de l'incontinence d'urine et des matières fécales, mais elle délirait souvent et présentait des températures élevées.

Trois fois le début a été lent. La paralysie flasque a toujours été précédée d'un état spasmodique, tantôt avec contractures, tantôt avec simples raideurs. Une fois, la lésion était annulaire et la compression méthodique et lentement progressive: il m'a semblé, dit S., qu'entre ces deux états extrêmes il y avait une phase de transition où la paralysie était flasque avec hypotonicité musculaire, mais avec des réflexes normaux ou un peu exagérés. Cet état n'a été constaté qu'un jour.

L'œdème se montre souvent; mais ce qui prouve qu'on ne saurait lui donner une grande valeur dans l'origine des symptômes nerveux, c'est qu'il peut faire défaut et que l'abolition des réflexes existe néanmoins.

L'examen anatomique des ganglions spinaux 7 mois et demi après le début des phénomènes, prouve que les protoneurones sensitifs peuvent rester normaux.

L'intégrité des cellules motrices et des muscles non soumis aux influences du décubitus prolongé prouve que l'appareil moteur peut rester normal.

Il est donc probable que certainement, au début, après les sections traumatiques, comme dans les deux derniers cas, l'arc réflexe primaire est intact. Les altérations subséquentes paraissent nettement d'origine périphérique, ce sont les eschares et l'empatement environnant, atteignant les muscles, qui déterminent les altérations centrales localisées aux noyaux correspondants.

Il y a chromatolyse des grandes cellules de la colonne de Clarke, comme S. l'avait signalé un an auparavant, observation confirmée par les recherches de Marinesco. Déjà quarante heures après le traumatisme, ces cellules commencent à se modifier.

Après 7 mois et demi on ne trouve plus dans les colonnes de Clarke que des petites cellules, toutes les grandes ont disparu.

(D'après un résumé de l'auteur, Société belge de Neurologie, juin 1898.)

PAUL MASOIN.

126) **Du Phénomène des Orteils et de sa valeur séméiologique**, par BABINSKI. *Semaine médicale*, 1898, p. 321, n° 40.

Après avoir rappelé les caractères du réflexe cutané plantaire, à l'état normal, chez l'adulte, et la technique qu'il faut employer pour l'observer, B. étudie ce réflexe sur huit malades dont 3 sont atteints d'hémiplégie organique, 3 de paraplégie spasmodique, 1 d'hémi-paraplégie spéciale avec anesthésie croisée, 1 de tabes compliqué de paralysie générale progressive.

Puis il passe en revue les affections dans lesquelles on peut observer le *phénomène des orteils*, c'est-à-dire l'extension des orteils consécutive à l'excitation de la plante du pied. Il l'a rencontré dans l'hémiplégie organique, ancienne ou récente, spasmodique ou flasque; dans la méningo-encéphalite diffuse, dans l'épilepsie partielle, la méningite cérébro-spinale, les paralysies spinales spasmodiques. Il l'a également constaté dans certaines paraplégies flasques et dans plusieurs cas de maladie de Friedreich. Par contre, il ne l'a jamais vu dans l'hystérie, la myopathie, la névrite périphérique, la poliomyélite antérieure, le tabes pur.

On le rencontre donc dans des affections très différentes. Ces diverses affections ont pour trait commun de donner naissance toujours ou parfois, suivant l'espèce dont il s'agit, à une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal. B. ne l'a jamais observé, jusqu'à présent, chez un sujet dont le système pyramidal fut sûrement intact.

Ce signe ne dénote pas la gravité de cette perturbation; il peut du reste manquer chez des malades dont le système pyramidal est très altéré. Il est d'un précieux secours pour distinguer, à la période initiale, les paralysies hystériques des paralysies organiques.

A. SOUQUES.

127) **A propos du Phénomène des Orteils**, par VAN GEUCHTEN. *Journal de Neurologie*, n° 14, 1898.

L'auteur insiste à nouveau sur la corrélation existant entre le phénomène des orteils et la lésion des fibres des faisceaux pyramidaux. Il publie, à cet égard, une lettre de Babinski. Entre autres faits y signalés, ce dernier fait remarquer que le phénomène des orteils n'appartient pas à la symptomatologie de l'hystérie; aussi, dans bien des cas peut-il servir à distinguer l'hémiplégie et la paralysie hystériques de l'hémiplégie et de la paralysie organiques. Chez le nouveau-né à l'état normal, l'excitation de la plante du pied donne lieu à l'extension des orteils (phénomène des orteils).

PAUL MASOIN.

128) **Sur la Paralysie de l'Accommodation après l'Influenza** (On Paralysis, etc.), par RICHARD WILLIAMS. *The British medical Journal*, 20 août 1898, p. 485.

Homme de 35 ans, ayant eu trois ans auparavant une légère attaque d'iritis rhumatismale, a l'influenza à la fin de décembre 1897. Une semaine plus tard il lit difficilement et le 18 janvier suivant il présente une légère dilatation de la pupille gauche. Cette dilatation s'accroît jusqu'à la fin de février et diminue ensuite graduellement et lentement. En février il y eut du ptosis que l'auteur met sur le compte de l'emploi de l'ésérine.

Dans la discussion qui suit, ARGYLL ROBERTSON dit avoir vu deux cas de paralysie pupillaire à la suite de l'influenza, mais il ne peut pas affirmer que l'influenza n'a pas été une coïncidence. JULER (de Londres) a vu, à la suite de l'influenza, du strabisme et de la paralysie de l'accommodation avec guérison. De même

GEORGE MACKAY (d'Edimbourg). EDGAR BROWNE a vu, à la suite de l'influenza, des paralysies des sixième et troisième nerfs crâniens et du nerf optique.

L. TOLLEMER.

129) Un cas de Goitre Exophtalmique aigu avec Kératite ulcéreuse (A case of acute exophthalmic goitre with ulcerative keratitis), par JOHN GRIFFITH. *The British medical Journal*, 20 août 1898, p. 490.

Une servante de 21 ans, nerveuse, atteinte de maladie de Graves, en avril 1898.

Un mois plus tard elle ne peut plus fermer les yeux et la cornée droite s'ulcère. La suture des paupières fut faite à la fin de mai, sur les deux yeux. La réunion ne se fit pas, et le quatrième jour les paupières furent séparées. L'œil droit s'enflamma et fut enlevé; l'œil gauche fut aussi excisé huit jours après. La proptose n'était pas très grande, la malade ne pouvait fermer les yeux. La douleur produite par la dessiccation et la suppuration fut horrible.

Dans un cas semblable GEORGE MACKAY fit la suture incomplète des paupières et les cornées guérirent. Une thyroïdectomie partielle ayant amélioré beaucoup la malade, il se propose de désunir les paupières.

L. TOLLEMER.

130) Un cas de Goitre Exophtalmique avec symptômes Oculaires unilatéraux (A case of exophthalmic goitre with unilateral eye symptoms), par JAMES HINSHELWOOD. *The British medical Journal*, 25 juin 1898, p. 1653.

Femme de 24 ans, entrée à la clinique ophtalmologique de Glasgow le 11 février 1898. Depuis le début de l'année l'œil gauche est devenu saillant, le corps thyroïde a grossi et la malade est devenue nerveuse. Il y a une exophtalmie légère, mais une forte rétraction de la paupière inférieure qui s'abaisse peu quand la malade regarde en bas. L'œil droit est normal; il y a un goitre volumineux. Pas de tachycardie. Tous ces symptômes s'amendent ou disparaissent sous l'influence de l'antipyrine.

L'intérêt de cette observation porte sur l'unilatéralité de l'exophtalmie. Il est à remarquer que la rétraction de la paupière supérieure disparut alors que persista le symptôme de de Graefe (la paupière supérieure n'accompagne pas le globe de l'œil lorsque la malade regarde en bas). Si donc on admet que la rétraction de la paupière supérieure est due à une affection du sympathique, on ne peut admettre la même pathogénie pour le symptôme de de Graefe et ce dernier est probablement dû à un désordre central des noyaux oculo-moteurs.

L. TOLLEMER.

PSYCHIATRIE

131) La Toxicité de l'Urine des Aliénés (Om Urinens Giftighed hos sindssyge), par VIGGO CHRISTIANSEN (thèse, 457 pages. Copenhague, 1898).

Cette étude expérimentale est précédée d'une recherche sur la toxicité de l'urine normale, d'après la méthode et la nomenclature de Bouchard. Le coefficient urotoxique est ainsi le nombre d'urotoxies qui est produit d'un kilogr. de tissu vivant en 24 heures; et une urotoxie est la quantité d'urine nécessaire pour tuer un kilogr. de tissu vivant.

D'après 20 expériences faites sur des lapins avec l'urine de 2 individus sains, l'auteur trouve que le coefficient urotoxique peut varier de 0,49 à 0,32. Après une critique des travaux des auteurs précédents, suit un très grand nombre (500) d'expériences avec de l'urine de 28 différents aliénés. Le résultat est que, et

chez les déprimés et chez les exaltés, on trouve un bas coefficient urotoxique, en moyenne 0,19. Plusieurs malades ont été traités avec de la thyroïdine; pendant ce traitement le coefficient urotoxique a monté considérablement.

Il y a une bibliographie très riche (233 numéros).

PAUL HEIBERG.

132) **L'Alcoolisme**, par DEBOVE. *Presse médicale*, n° 94, p. 293, 16 novembre 1898.

Le professeur profite de sa leçon d'ouverture pour attirer, une fois de plus, l'attention sur l'alcoolisme, qui devient un péril national.

E. FEINDEL.

133) **De l'Influenza comme cause de l'Aliénation** (Influenza som Aarsag til Sindssygdом), par H. FEHR. Dissert., 1898, Kjöbenhavn (438 pages, 54 obs. orig., bibliogr.).

L'auteur fait d'abord la description des aliénations mentales de la grippe, avant et après la dernière grande épidémie de 1889. Ensuite il présente 54 observations faites en Danemark, puis enfin il entre dans une série de questions tout à fait spéciales. La gravité de la précédente grippe; l'époque à laquelle les aliénations mentales ont fait leur apparition, leur fréquence; l'âge du malade, son sexe et ses prédispositions. Le principe capital de la grippe est, d'après l'auteur, une qualité de sa toxine à se jeter sur le point faible de chaque individu et de le mettre en évidence. Ce qui veut dire, pour l'aliénation mentale par exemple, que le malade ne contracte pas telle ou telle maladie mentale, mais précisément celle à laquelle son organisme se trouve le plus prédisposé.

A cette dissertation est jointe une étude statistique sur la fréquence du suicide et du délire tremblant pendant l'épidémie d'influenza, qui a sévi entre 1889 et 1895 en Danemark.

PAUL HEIBERG (de Copenhague).

134) **L'Occultisme scientifique**, par CROCQ. *Journal de Neurologie*, Bruxelles, n° 19, 1898, 16 pages.

C. fait une critique très serrée des expériences de spiritisme et d'occultisme. Il s'attache spécialement à celles d'Eusapia Paladino.

Parmi les conclusions de C., nous relevons les suivantes : « la preuve scientifique de la nature occulte des phénomènes médianiques n'est pas faite... Tant que la démonstration ne sera pas claire et précise, il est du devoir de tout homme de science de nier l'existence des forces occultes... Eusapia trompe fréquemment ;... toujours, lorsqu'on a voulu la soumettre à des conditions d'expérimentation tout à fait rigoureuses, ou bien elle a refusé d'opérer ou bien elle a échoué. »

Ch. Richet, lui-même, l'un des champions de l'occultisme, reconnaît « qu'à mesure que les conditions devenaient plus précises, les résultats devenaient plus médiocres ».

Crocq termine en disant « que la nature spéciale des phénomènes merveilleux que l'on désigne sous la qualification d'occultes n'est pas rigoureusement prouvée et que les expériences et les faits sur lesquels on se base pour affirmer l'existence des forces inconnues s'expliquent suffisamment par la fraude, l'automatisme psychologique, et l'automatisme pathologique ».

PAUL MASOIN.

135) **Les Emmurés volontaires**, par M. DELINES. *Revue scientifique*, 3 septembre 1898, p. 289.

Cette étude de psycho-pathologie sociale (histoire d'un effroyable drame dû au fanatisme religieux) est intéressante pour l'étude du suicide collectif. Le suicide collectif, dont l'histoire religieuse de la Russie présente de nombreux

exemples, y est dû à ce que les aliénés y sont livrés à eux-mêmes plus qu'ailleurs, un vingtième à peine sont enfermés.

Le cas présent est le résultat d'une sélection psychique, Ternovo, le lieu du drame, étant devenu un centre de dégénérés, un instrument de contamination psychique. Le rôle prédominant a été joué par une femme (Vitalie) dont la volonté forte a agi surtout sur celle des femmes et des enfants. L'acteur principal, Kovaleff, examiné par Sikorski, n'a été qu'un instrument entre les mains de cette femme, suggestionné par elle jusqu'à avoir subi une déformation des traits du visage qui le faisait ressembler à Vitalie (?). Tous les symptômes de dégénérescence ont d'ailleurs été constatés par Sikorski : état d'exaltation, extase permettant un jeûne de quatre jours, différence de mimique des deux côtés du visage.

Enfin l'auteur établit que Kovaleff appartenait à une famille de psychopathes.

PIERRE JANET.

THÉRAPEUTIQUE

136) Une nouvelle étape de la Sérothérapie. La guérison du Tétanos déclaré, par CH. RÉPIN. *Revue générale des sciences*, 30 avril 1898, p. 320.

Après avoir résumé la série des expériences sur la toxine du tétanos qui ont conduit MM. Roux et Borrel à pratiquer l'injection de l'antitoxine du tétanos dans les centres nerveux de l'animal, l'auteur insiste sur les conséquences de ces nouvelles recherches. Il pense que ces injections intracérébrales permettront d'étudier les maladies du système nerveux, permettront par exemple de reproduire autant que cela est possible chez l'animal les troubles psychiques observés à la suite des maladies infectieuses.

PIERRE JANET.

137) Un cas de Tétanos céphalique traité par le Sérum Antitétanique ; Guérison (Case of cephalic tetanus, etc.), par G. E. HALE. *The British medical Journal*, 9 juillet 1898, n° 1958, p. 82.

Il s'agit d'un cas de tétanos subaigu, qui débuta treize jours après une chute sur le nez ayant causé une écorchure. Le début eut lieu par des attaques de rires involontaires, puis le troisième jour apparut du ptosis, de la paralysie faciale, de la contracture des mâchoires et enfin les spasmes tétaniques. Le malade reçut 210 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'institut Pasteur, en sept injections, du cinquième au quinzième jour de la maladie. Il prit aussi du bromure et du chloral. On sait que le tétanos céphalique guérit rarement et alors très lentement. Ici la guérison fut complète le vingt et unième jour de la maladie. A noter l'énorme quantité de sérum injectée dont 60 centimètres cubes furent injectés en une fois.

L. TOLLEMER.

138) Un cas de Tétanos traumatique traité par l'Antitoxine (A case of traumatic tetanus, etc.), par G. BLACKER MORGAN. *The British medical Journal*, 9 juillet 1898, n° 1958, p. 83.

Un homme de 20 ans reçut, au-dessus de l'œil droit, un coup de pied lancé par un cheval : cet animal était maintenu dans une stalle où un cheval était mort du tétanos trois mois auparavant. Le tétanos débuta par de la raideur des mâchoires le sixième jour après l'accident. Malgré les injections d'antitoxine, le chloral, le chloroforme, etc., le malade mourut le onzième jour. Il reçut dans les vingt-quatre heures du huitième au neuvième jour, trois injections de sérum, de huit centimètres cubes le dixième jour. La difficulté de se procurer le sérum empêcha l'emploi de doses plus fortes.

L. TOLLEMER.

- 139) **Sur quelques cas de Maladies Nerveuses traités par des Excitations mécaniques de la Peau**, par F. LOTS (de Friedrichroda, Thuringen). *Zeits. f. Klin. Med.*, 1898, Bd XXXX, p. 81-90.

L'auteur préconise avec beaucoup de succès l'usage systématique des excitations mécaniques de la peau, qui dans certains cas sont préférables aux procédures d'hydrothérapie, n'ayant pas les inconvénients de celles-ci (p. ex. chez les artérioscléreux, les cardiaques, les frileux, les épuisés, etc.). Le procédé de l'auteur consiste d'une part dans des frictions sèches et énergiques (à l'éponge) de tout le corps pendant 10 à 20 minutes, répétées 2 ou 3 fois par jour, d'autre part dans des courses nu-pieds sur un plancher recouvert de gravier ou petits cailloux, pendant 10 minutes à 1 heure.

Les meilleurs résultats (guérisons) ont été obtenus dans les cas de céphalées chroniques, même rebelles à tout traitement antérieur; ensuite dans les insomnies et autres phénomènes névrosiques (angoisse, terreur nocturne, irritabilité exagérée, etc.) chez les adultes et surtout chez les enfants.

Dans le tabes le traitement de l'auteur améliore d'une façon très sensible les troubles de la sensibilité.

A. RAICHLIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 21 octobre 1898.

- 140) **Du Réflexe du Tendon d'Achille dans le Tabes**, par J. BABINSKI.

Envisageant, dans le tabes, le réflexe du tendon d'Achille et ses relations avec le réflexe rotulien, l'auteur divise les tabétiques en 4 catégories : 1° la plus nombreuse, les deux réflexes sont abolis des deux côtés ; 2° les deux réflexes sont abolis d'un côté et conservés de l'autre, ou bien leur abolition est croisée ; 3° le réflexe rotulien est aboli ou troublé et le réflexe du tendon d'Achille est normal ; 4° le réflexe rotulien est normal, celui du tendon d'Achille est aboli ou troublé. — Les troubles du réflexe du tendon d'Achille ont une aussi grande importance dans le diagnostic du tabes que le signe de Westphal ; le plus souvent, il y a trouble des deux réflexes ; dans les cas assez rares où un seul des réflexes est atteint, il s'agit aussi souvent d'une perturbation dans le réflexe du tendon d'Achille que dans le réflexe rotulien.

- 141) **Déformation du Thorax dans la Paralysie du Muscle Grand Dentelé**, par SOUQUES.

Chez deux malades, atteints de paralysie unilatérale de ce muscle, la déformation thoracique est caractérisée par une asymétrie portant sur la région axillaire et la paroi thoracique. Le creux de l'aisselle est diminué de profondeur ; sa paroi postérieure se confond avec la paroi interne qu'elle prolonge en arrière. La déformation thoracique du côté paralysé présente les troubles suivants : élargissement de la paroi antérieure, plus marqué dans l'élévation du bras en avant que dans son élévation en dehors ; modification de la ligne latérale qui prend la forme d'un S

à boucles très ouvertes, rétrécissement de la paroi postérieure, dilatation générale de la cage thoracique avec voussure à convexité externe, enfin élévation modérée de la moitié homologue du thorax.

Séance du 28 octobre 1898.

142) Sur un cas de Délire Salicylique, par RENDU.

Chez une femme, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, l'administration de 6 grammes de salicylate de soude détermina l'explosion de phénomènes nerveux (délire violent, hallucinations de la vue et de l'ouïe, inégalité pupillaire) et rénaux (urines rares, albumine abondante) qui firent hésiter le diagnostic entre rhumatisme cérébral, urémie, intoxication salicylique; l'évolution rapide des accidents, qui disparurent en deux jours, justifia l'exactitude de cette dernière opinion.

143) Infantilisme Myxœdémateux, par THIBIERGE.

Présentation d'un homme de 33 ans qui est porteur de tous les caractères de l'infantilisme type, et est de plus un myxœdémateux fruste: visage vieillot, téguments flasques, infiltration mollasse de la paroi abdominale, de la partie supérieure du tronc et des bras; corps thyroïde rudimentaire; au point de vue intellectuel, l'arrêt de développement est aussi complet qu'au point de vue physique.

Séance du 4 novembre 1898.

144) Un cas de Délire Salicylique, par H. BERNARD.

Histoire d'une femme, 45 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, chez laquelle une dose totale de 12 gr. de salicylate de soude a provoqué une crise délirante à forme de manie aiguë avec hallucinations visuelles et auditives, ayant nécessité l'emploi de la camisole de force. Après une durée de quarante-huit heures, cet état délirant fut suivi d'une journée de stupeur, puis l'état cérébral redevint normal. Ce délire survenant chez une femme qui n'est ni alcoolique, ni albuminurique, ni nerveuse, ne peut être attribué qu'au salicylate.

145) Érythème Polymorphe à disposition partiellement Symétrique et Zostériforme, par THIBIERGE.

Présentation d'un malade, 45 ans, atteint depuis huit jours d'érythème polymorphe dont l'éruption est généralisée; bien que les lésions ne correspondent qu'incomplètement à des territoires nerveux déterminés, ce fait n'en vient pas moins à l'appui de la théorie qui fait intervenir le système nerveux dans la localisation des lésions de l'érythème polymorphe.

ALBERT BERNARD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1898.

146) Deux observations de résection du Nerf Maxillaire Inférieur suivie de la destruction du Ganglion de Gasser, par GÉRARD-MARCHANT.

Dans ces deux cas tout récents de névralgie faciale, les interventions de G.-M. ont été suivies de résultats excellents.

147) Traitement du Goitre Exophtalmique par la résection du Grand Sympathique, par GÉRARD-MARCHANT.

G.-M. a pratiqué cette opération dans 7 cas (6 inédits). Résultats : 2 guérisons radicales, 2 améliorations, 2 insuccès et une mort.

G.-M. est d'avis qu'en général cette opération est bonne. Sur 37 cas opérés en France et en Roumanie, on relève : une mort par pneumonie grippale, une par syncope, une par cystite, une par des phénomènes d'agitation et de fièvre, qui emportèrent le malade en trois jours ; trois opérés sont morts tardivement de néphrite parenchymateuse, chez deux il y eut des troubles mentaux non persistants.

Étant donnés les mauvais résultats de la thyroïdectomie, la résection du grand sympathique est la meilleure intervention qui soit à pratiquer dans le goitre exophtalmique. Relativement à la comparaison à établir entre la résection partielle et la résection totale, la première semble très suffisante et paraît même donner de meilleurs résultats que la résection totale.

Séance du 16 novembre 1898.

148) Traitement du Goitre Exophtalmique par la résection du Grand Sympathique cervical, par SCHWARTZ.

Au point de vue de l'opération, S. a suivi dans deux cas le plan opératoire indiqué par Gérard-Marchant (ablation bilatérale du tiers inférieur du ganglion cervical supérieur et d'un segment du grand sympathique). — Le succès thérapeutique est, dans les deux cas de S., des plus encourageants, car les malades ont été considérablement améliorées.

149) Des Injections intra-cérébrales de Sérum Antitétanique dans le Tétanos déclaré.

HUE (de Rouen) a eu recours à l'injection intra-cérébrale d'antitoxine dans le cas suivant : un enfant de 11 ans se fit, dans une chute, une fracture ouverte du poignet ; le tétanos se déclare le sixième jour ; 6 centim. cubes de sérum antitétanique furent injectés sous chloroforme dans les deux lobes frontaux ; de plus 20 centim. cubes dans la cuisse. Mort dans les 24 heures ; l'autopsie montra qu'au niveau de l'injection il existait, à droite, une cavité des dimensions d'une noisette, et à gauche une autre cavité renfermant un petit caillot sanguin.

QUÉNU a pratiqué deux fois l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. La première fois, dans un cas qui paraissait favorable ; la mort survint le troisième jour par pneumonie ; le tétanos semblait enrayé. Dans le second cas, l'injection n'a été suivie d'aucun mieux, car le malade, après l'injection, a eu des contractions de la nuque et du tronc qui n'existaient pas avant.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu deux cas traités par l'injection antitétanique. Dans le premier cas, il s'agissait d'un tétanos d'origine abdominale ; l'injection dans les lobes cérébraux a été faite dans les 24 heures ; la malade est morte en 36 heures sans avoir éprouvé le moindre soulagement. Dans le deuxième cas, l'insuccès a également été complet.

Tout récemment, une injection a été faite chez un malade atteint de tétanos depuis 8 jours ; le malade va bien, mais c'était un tétanos chronique, forme qui, très souvent, est spontanément curable.

RECLUS a aussi employé l'injection antitétanique intra-cérébrale dans un cas de tétanos aigu, datant de moins de 24 heures. Le malade a succombé 12 heures

après l'intervention. Ce malade avait eu une injection préservatrice, ce qui rend cette observation encore plus douloureuse à relever. A l'Institut Pasteur, on a objecté qu'il aurait fallu répéter l'injection, attendu qu'il existait un foyer permanent de toxine tétanique. C'est exact, mais il n'en reste pas moins acquis qu'une seule injection préventive n'est pas suffisante pour obtenir la vaccination du sujet.

CHAPUT. — Ces jours derniers, un malade présentait des symptômes d'un tétanos consécutif à une plaie d'inoculation du doigt. Deux injections intra-cérébrales d'antitoxine, 5 centim. cubes d'un côté, 3 centim. cubes de l'autre. Le lendemain, le malade est pris de dysphagie. On fait la gastrostomie. Néanmoins, le malade meurt en 36 heures de tétanos.

RICHELOT a également un fait négatif dans un cas de tétanos abdominal consécutif à une laparotomie.

HARTMANN a observé un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine; 38 heures après le malade était mort. A l'autopsie, pas de lésion au niveau des piqûres.

NÉLATON a vu un homme pris de tétanos depuis 24 heures. Le malade avait 40°,5 et le pouls battait 140. Borrel ne voulut pas l'injecter, disant que c'était inutile; et, en effet, le malade mourut une heure plus tard.

PEYROT, il y a 3 mois, a observé un homme qui avait tous les symptômes d'un tétanos grave. Borrel, appelé, posa le diagnostic de méningite cérébro-spinale, le malade guérit spontanément. Il est probable que beaucoup de cas de méningite cérébro-spinale sont pris pour du tétanos.

QUÉNU insiste sur l'innocuité des injections intra-cérébrales. Il ne croit pas que la méningite cérébro-spinale soit souvent prise pour le tétanos.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — De tout temps on a dit que le diagnostic de méningo-encéphalite était à faire avec le tétanos; mais ce n'est pas une cause fréquente d'erreur car la méningo-encéphalite est une affection rare.

PEYROT insiste sur la méningite cérébro-spinale parce qu'il est à se demander si un certain nombre des tétanos guéris n'étaient pas des méningites cérébro-spinales, qui justement ne sont pas aussi rares qu'on le pense.

POIRIER a vu récemment un cas dans lequel le diagnostic de tétanos a été impossible à porter pendant un espace de 48 heures; il pense qu'il ne faut pas dire que ce diagnostic est toujours facile à établir.

Séance du 23 novembre 1898.

150) Tétanos traité par le Sérum Antitétanique.

RECLUS lit deux observations envoyées par BOUSQUET (de Clermont-Ferrand). Le premier cas concerne un tétanos traité par l'injection intra-cérébrale antitétanique, avec amputation du doigt, siège de la lésion infectante; mort le soir même de l'intervention. — Deuxième cas: tétanos observé au sixième jour; chloral et injections sous-cutanées répétées de sérum antitétanique; guérison.

151) Injection intra-cérébrale de Sérum Antitétanique, par BEURNIER.

Dans ce cas de tétanos il fut d'abord pratiqué une ponction lombaire donnant issue à 40 grammes de liquide céphalo-rachidien, et une injection, par cette voie, de sérum antitétanique. Quelques heures plus tard, 8 grammes de sérum furent injectés dans les lobes cérébraux. La mort survenait quarante-huit heures après. L'autopsie n'a permis de relever aucun fait important.

VILLON (de Versailles) est intervenu dans deux cas: 1° Tétanos consécutif à

une amputation de jambe pour gangrène. En même temps que le tétanos apparut, la plaie de l'amputation de la jambe suppura (pas de bacille de Nicolaïer dans le pus). Amputation de la cuisse, injection intra-cérébrale de 14 centim. cubes et 9 injections espacées de sérum antitétanique sous la peau. Le malade guérit.— 2° Tétanos compliquant une fracture comminutive du métatarse avec plaie. Injection intra-cérébrale d'antitoxine et injections sous-cutanées; guérison.

Dans les deux cas les injections intra-cérébrales ont été faites dans les huit premières heures de l'apparition du tétanos. E. F.

Séance du 30 novembre 1898.

152) De la Thyroïdine dans les retards de consolidation des Fractures,
par QUÉNU.

Fracture du tiers inférieur du fémur chez une femme de 24 ans, avec perforation de la peau par un fragment. Trois mois après, il persistait une pseudarthrose avec suppuration. Des capsules de thyroïdine furent données; au cinquième jour la malade put marcher avec un appareil silicaté. Actuellement, la consolidation est à peu près complète. Ici donc, l'administration de thyroïdine a été suivie d'une poussée osseuse manifeste.

Dans le cas d'une femme atteinte de myxœdème post-opératoire une fracture se consolida régulièrement. La malade n'avait pas de corps thyroïde, mais elle prenait de la thyroïdine.

RECLUS. — Un malade atteint de fracture de cuisse, avait un retard de consolidation et un cal d'un volume énorme. L'administration de la thyroïdine eut un effet immédiat, le cal se fondit et la consolidation fut obtenue.

Depuis, dans deux ou trois cas, Reclus n'a eu aucun résultat; il lui est difficile de trouver la raison de l'inefficacité de la thyroïdine dans ces derniers faits.

153) Injection intra-cérébrale de Sérum Antitétanique, mort.

ROUTIER relate un insuccès récent (21 novembre). Malade atteint de tétanos depuis 48 heures; mort 94 heures après l'injection intra-cérébrale.

154) Absès du Cervelet consécutif à une Otite suppurée, Trépanation.
Guérison.

PICQUÉ fait un rapport sur une observation de GAUDIER (de Lille), concernant un enfant de 4 ans atteint d'une otite suppurée datant de un an et consécutive à une grippe. Depuis une semaine, marche titubante, depuis 48 heures torticolis et strabisme. Gaudier ouvre la caisse, extrait un séquestre laissant suinter une gouttelette de pus. Pensant qu'il peut y avoir une collection profonde, il agrandit l'orifice de perforation; il incise la dure-mère, voit une goutte de pus sur le cervelet, l'incise à son tour et pénètre dans une cavité intra-cérébelleuse contenant du pus, qu'il évacue. L'enfant guérit assez rapidement.

Séance du 7 décembre 1898.

155) Injections intra-cérébrales de Sérum Antitétanique, par FOLET

Charretier, écrasement des deux jambes; 11 jours plus tard, apparition du tétanos. Minuscule trépanation bilatérale à l'angle antéro-interne des pariétaux et de chaque côté injection de 5 centim. cubes de sérum antitétanique dans la substance cérébrale. Mort la nuit suivante.

Séance du 14 décembre 1898.

156) **Adéno-Lipome**, par P. DELBET.

DELBET a opéré un malade chez lequel on avait fait le diagnostic de lymphadénome. Il a extirpé de l'aisselle un ganglion hypertrophié entouré d'une large zone de tissu adipeux. D. pense qu'il convient de laisser les tumeurs de ce genre dans le cadre des lipomes dont un grand nombre reconnaissent une cause inflammatoire ou irritative. Il existe d'autre part des lipomes congénitaux se rattachant aux angiomes et lymphangiomes, et d'autres lipomes congénitaux en rapport avec les malformations de la colonne vertébrale, les spina-bifida.

Donc, deux grandes classes de lipomes : ceux d'origine inflammatoire, et les lipomes liés à des malformations, d'origine vasculaire le plus souvent. L'adéno-lipome rentrerait dans la première classe, et mériterait le nom de lipome périganglionnaire inflammatoire, dénomination le rapprochant des fibro-lipomatoses périnéales, périvésicales, etc.

HARTMANN. — Les formations périlipomateuses, périnéales, périrectales, ne sont pas encapsulées et diffèrent cliniquement du lipome vrai.

TUFFIER, aux dénominations d'*adéno-lipome* (Lanois et Bensaude) et de lipome périganglionnaire inflammatoire que propose Delbet, préfère l'expression de *périadénite lipomateuse*.

Quant à la division des lipomes en deux classes (Inflammatoires, congénitaux) elle est acceptée par tous. T. a rapporté un fait se rapprochant des états décrits par Launois sous le nom d'*adéno-lipomatose symétrique*. Il s'en distingue par la non-symétrie des lésions, qui étaient unilatérales. L'aspect était celui d'un vulgaire lipome sus-claviculaire, la pièce enlevée témoignait d'une infection ganglionnaire par la présence de petits ganglions crétilisés autour desquels s'était développé un lipome. Une partie de la tumeur était énucléable, mais l'autre, la plus considérable, était diffuse, et devait être sculptée jusque dans les aréoles du derme. Cette diffusion est générale (Godard) dans les périlipomatoses; les lipomes vrais s'énucléent facilement.

LEJARS. — Entre le lipome vrai et la lipomatose il y a une différence capitale. La lipomatose diffuse peut conduire à la cachexie.

RICARD a observé trois cas d'adéno-lipomatose. Dans deux de ces cas opérés il s'agissait d'une infiltration graisseuse au centre de laquelle il n'y avait pas de ganglion.

DELBET. — Les lipomes vrais ne sont pas toujours circonscrits; ce n'est pas dans ce caractère de la circonscription des lésions qu'il faut chercher un signe différentiel des diverses variétés de lipome. La structure de toutes ces tumeurs graisseuses n'est pas différente. Hartmann insiste sur l'élément fibreux des lipomatoses périviscérales, mais il ne faut pas oublier qu'à côté des lipomes purs il y a les fibrolipomes et même des tumeurs où l'élément fibreux l'emporte sur l'adipeux. Quant à la lipomatose maligne, c'est autre chose : la production de graisse n'est rien dans l'affection, c'est l'adénite qui est tout. E. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 17 novembre 1898.

157) **Note sur les Paralysies post-opératoires après Narcose par le Chloroforme. Un cas de Paralysie Radiale**, par OZENNE.

Le malade d'O., anesthésié, avait été maintenu dans le décubitus latéral droit,

le bras allongé et supportant le poids du corps. Aussitôt éveillé, paralysie radiale droite. Dans ce cas, on peut rapporter la paralysie à la compression; mais on connaît aussi des paralysies d'origine centrale (hémiplegies, paraplégies) à la suite de la narcose, par le chloroforme ou l'éther. En somme, la pathogénie de ces diverses paralysies est complexe; il y a à considérer trois facteurs: 1^o le traumatisme d'un plexus ou d'un tronc nerveux; 2^o l'action toxique du chloroforme; 3^o l'état d'infériorité de l'organisme dû à une maladie chronique ou à l'infection.

REYNIER a observé des paralysies post-opératoires surtout périphériques et imputables à la compression et d'autres développées chez des hystériques. Chez ceux-ci le chloroforme agit comme le ferait la peur et peut déterminer des crises convulsives, des syncopes, des paralysies. Enfin, chez les athéromateux en imminence de ramollissement, le chloroforme peut déterminer des accidents immédiats par son action sur la circulation. De ces faits il faut rapprocher les paralysies intestinales si fréquentes à la suite des opérations sur le ventre.

DE CRÉSANTIGNES fait remarquer que ces paralysies intestinales ne sont pas rares à la suite de l'accouchement physiologique. Elles semblent dues à l'épuisement de l'influx nerveux; l'explication peut s'appliquer aux opérées. E. F.

XLVI^e CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Tenu à Édimbourg, juillet 1898.

158) **Les Névroses et les Psychoses de Décadence** (The neuroses and psychoses of decadence), par V. S. CLOUSTON. *The British medical Journal*, 30 juillet 1898, p. 303.

Dans son discours d'ouverture de la *section de psychologie C.* oppose aux névroses de développement les névroses de décadence, dues à une décadence du cerveau et des nerfs. Les névroses de décadence ne relèvent pas toujours d'une cause héréditaire, mais en général de la syphilis, de l'alcoolisme, du surmenage cérébral ou autre: bon nombre de ces troubles nerveux doivent être considérés comme une sénilité précoce, une mort anticipée du système nerveux et sont dus à une rétrogression nerveuse prématurée, irrégulière ou anormale.

L'*histoire de la vie du neurone* et de la fibre nerveuse à gaine de myéline dans les différentes périodes de leur croissance, de leur développement et de leur décadence, au point de vue histologique et fonctionnel, est encore à écrire. Il faudrait étudier leurs réactions aux divers excitants et aux différents âges. Aux périodes de décadence le neurone est plus fragile, plus facilement lésé.

L'*hérédité mauvaise* peut aussi agir plus aisément à cette époque. Les *statistiques* montrent que les névroses prédominent dans la période de croissance du cerveau et de développement de sa fonction, que les meilleures années de la vie en sont rarement atteintes, mais que la décadence les ramène en grand nombre.

Après avoir insisté sur les signes de la décadence C. montre le rôle qu'elle joue dans la diminution de la résistance aux agents toxiques. Puis il parle brièvement de trois types principaux de lésions nerveuses et mentales liées à la décadence, la dégénération vasotrophique, d'où résulte l'athérome qui cause l'apoplexie ou le ramollissement: les ataxies, les scléroses et autres dégénération progressives: les démences séniles.

C. termine par une hypothèse. Il semble que les facultés mentales ne subissent pas une décadence qui suive l'ordre de leur développement. Par conséquent il est probable que le neurone cortical ne subit pas une décadence qui suive l'ordre de développement de ses parties. Sans aucun doute le noyau apparaît le premier, puis le protoplasma, puis les dendrites et enfin les gemmules. La mémoire étant la première à disparaître, il est probable que la structure moléculaire du protoplasma du neurone est la première à s'altérer (chromatolyse marquée des cellules cérébrales du vieillard opposée à la rareté des altérations nucléaires). De même que le développement graduel des fibres nerveuses faisant communiquer les circonvolutions explique le développement intellectuel de l'enfant, de même il semble possible que la destruction graduelle des dendrites, de leurs gemmules et des nevraxes soit la cause de la décadence intellectuelle du vieillard.

L. TOLLEMER.

159) **Discussion sur l'excuse de Folie invoquée dans les Crimes** (A discussion on the plea of insanity in criminal cases). *The British medical Journal*, 3 septembre 1898, p. 585.

I. — CHAS. A. MERCIER (Londres). — Un individu dont l'esprit n'est pas sain ne peut pas être puni, pour une certaine action, avec la même sévérité que devrait l'être, pour le même fait, un individu sain d'esprit. En second lieu, pour chaque aliéné, il existe un certain ordre de faits dont l'exécution ne doit entraîner aucun châtement, alors qu'un individu normal aurait droit à une punition.

Quel est donc le degré de responsabilité de chaque aliéné ? Un très petit nombre de fous est absolument irresponsable ; et le nombre d'aliénés qui échappent à tout châtement est très petit. Il est souvent juste et bon de punir un aliéné qui a commis un méfait : en fait la plupart des crimes et délits commis par eux, doivent être réprimés par une punition ; c'est là l'expérience de tout aliéniste, et de plus, c'est ce qui se passe dans la pratique des asiles ; seulement on ne l'avoue guère, ou plutôt, on déguise, sous les dehors de nécessités invoquées pour des raisons quelconques, les punitions infligées. La privation de tabac, de sortie, d'argent, d'un plaisir quelconque est un châtement pour l'aliéné, au même titre que la privation de liberté, la prison, pour l'individu sain. L'aliéné doit être puni lorsqu'il commet un acte en dehors de ceux que son genre de folie lui donne le droit de commettre.

L'importance pratique de toutes ces considérations est que, devant un tribunal, il est bon nombre de cas où nous devons déclarer que le criminel aliéné est responsable de son crime, mais que sa responsabilité est limitée, et qu'en conséquence, s'il doit être puni, son châtement doit être moindre que celui qu'en courrait un criminel ordinaire. Il n'est pas facile en général d'établir la responsabilité limitée. On peut admettre l'excuse de folie : 1° en cas d'hallucination ; 2° s'il existe une confusion mentale telle que l'accusé était incapable de se rendre compte des circonstances ou des conséquences de son acte ; 3° lorsque le motif est absolument futile ; 4° quand l'acte est commis avec une imprudence flagrante ; 5° quand la volonté n'a pas pris part à l'acte volontaire.

II. — JOHN F. SUTHERLAND. — Pour S. la formule classique reste la bonne : l'accusé savait-il, au moment de commettre le crime, quelle était la nature et la qualité de l'acte, et savait-il que cet acte était mauvais ? Ce n'est pas la formule qui doit être modifiée, mais son application, en particulier en ce qui concerne les crimes commis par des ivrognes. En général ceux-ci étant pauvres, sont très mal défendus : nul doute que s'ils l'étaient mieux, la sentence serait sou-

vent moins grave. Qui oserait admettre que l'ivrogne commet un crime volontairement ? Peut-on même affirmer que c'est volontairement que l'ivrogne boit ? Si l'homme ivre est un *dément momentané*, sa responsabilité est très atténuée.

III. — GEO. F. BLANDFORD. — L'aliéné fait une certaine distinction entre le bien et le mal, mais il la fait en aliéné, comme un enfant fera la même distinction en enfant. Il est donc juste de le considérer comme responsable jusqu'à un certain point, et il serait même bon pour certains aliénés qu'il en fût ainsi. Au lieu de pendre un ivrogne meurtrier ou de l'envoyer fumer sa pipe dans un asile, il vaudrait mieux le placer dans une maison de correction où il pourrait faire œuvre utile.

IV. — JOHN GLAISTER est du même avis que Mercier. Pour lui, la sensiblerie du public (pétition en faveur du criminel, etc.) est un véritable danger.

V. — ALEX. ROBERTSON (Glasgow) partage les opinions de Mercier, mais il considère celles de Sutherland comme dangereuses pour la société en ce qui concerne les ivrognes. En effet, si la responsabilité du criminel ayant agi en état d'ivresse est atténuée, ne peut-on craindre que tout individu désireux d'en tuer un autre, ne se donne du courage avec de l'alcool, ou feigne l'ivresse, sûr ainsi d'échapper au châtement suprême ? De plus, l'individu qui tue en état d'ivresse a déjà commis des violences, étant dans le même état. Il le sait, et s'il se grise et commet un crime, il en est responsable. Chaque cas doit être individuellement jugé par le jury.

WILLIAM T. GAIRDNER. T. S. CLOUSTON présentent quelques remarques.

L. TOLLEMER.

160) **Discussion sur l'Aphasie dans ses rapports avec la capacité testamentaire.** *The British medical Journal*, 3 septembre 1898, p. 581.

I. — WILLIAM Y. GAIRDNER (Glasgow). — Après un court historique G. dit quelques mots des centres cérébraux dont la lésion peut troubler le langage écrit et parlé : il admet cinq de ces centres ; la circonvolution de Broca et le centre auditif, le deuxième transmettant à la première les impressions produites par la parole avec l'intermédiaire de l'oreille, et la première mettant en mouvement le mécanisme de la parole ; puis deux autres centres qui sont en rapport avec le langage graphique, par l'intermédiaire de la vue et de la main. Le cinquième centre, celui de l'idéation du mot (opposée au mécanisme destiné à produire le mot) n'est pas nettement défini.

Quel est l'état mental d'un aphasique ? Un aphasique est-il touché au point de vue de la capacité mentale et par suite de son infirmité ? Est-il assez éloigné de l'état normal pour être considéré comme n'étant pas sain d'esprit ? S'il est vrai qu'un individu qui serait aphasique de naissance se rapprocherait singulièrement des animaux au point de vue intellectuel, il ne peut être admis que l'homme, qui, par un accident, est forcément privé de l'exercice de la faculté de la parole, soit atteint dans l'exercice des facultés d'ordre relevé de son intelligence. Celle-ci peut cependant souffrir, mais parce que des facultés autres que la parole sont atteintes. Qu'en résulte-t-il au point de vue de la validité d'un testament fait par un aphasique ? Une longue discussion appuyée sur des exemples et sur des interprétations de la loi écossaise amène l'auteur à admettre qu'il est impossible de poser des principes permettant de déterminer sûrement si un aphasique était assez sain d'esprit pour tester et jusqu'à quel point il était capable d'exprimer ses volontés. La capacité testamentaire devra être déterminée pour chaque aphasique individuellement. Des exemples cités par G. il semble résulter qu'en

général l'aphasique est trop restreint dans l'exercice de ses facultés pour pouvoir exprimer ses désirs, même quand l'intelligence paraît intacte.

II. — WILLIAM ELDER (Leith). — La validité du testament d'un aphasique doit être déterminée pour chaque cas en particulier et elle dépend des symptômes que présentait le malade au moment où le testament fut fait. Pour faire un testament valable il est nécessaire que l'individu soit assez sain et d'une force intellectuelle suffisante pour se rendre compte de ce qu'il est en train de faire et pour juger quels seront les effets et les conséquences de dispositions qu'il va prendre. Il faut aussi qu'il puisse comprendre et produire un langage quelconque : il peut indiquer ce qu'il désire au moyen de l'écriture, par la pantomime ou par d'autres méthodes. Quelle est donc la cause des symptômes de chaque forme d'aphasie au point de vue de la capacité testamentaire d'un individu qui en est atteint? L'auteur admet : 1° deux aphasies sensorielles, auditive ou surdité verbale, et visuelle ou cécité verbale ; 2° deux aphasies motrices, l'aphasie motrice ou aphémie, et l'aphasie graphique ou agraphie motrice. De l'étude des symptômes E. conclut que des maladies organiques de l'encéphale peuvent rendre un malade incapable de faire un testament, et qu'une des formes d'aphasie peut résulter de l'affection organique. Certaines formes d'aphasie peuvent rendre le malade inapte à tester : c'est ce qui arrive pour l'aphasie auditive.

D'autres formes d'aphasie (comme la cécité verbale corticale, l'aphasie motrice corticale et l'agraphie) peuvent rendre le malade incapable de faire un testament, non pas nécessairement par suite d'une capacité intellectuelle, mais par suite de la difficulté de remplir les formalités légales. La capacité testamentaire variera donc suivant les pays, comme ces formalités elles-mêmes.

Le testament pourra être valable dans les cas simples, non complexes, d'aphasie sous-corticale auditive, visuelle ou motrice.

III. — T. S. CLOUSTON (Edimbourg). — Il est nécessaire de s'assurer que le testament est bien voulu par l'aphasique et qu'il ne lui a pas été suggéré par d'autres.

Il est nécessaire que le notaire et le médecin qui assistent à la rédaction du testament s'assurent par une sorte de contre-interrogatoire que les objets ou les sommes légués à X, X, Z, le sont bien à X, Y, Z, et pas à A, B ou C, et que c'est bien telle somme ou tel objet qui est laissé à chacun. L. TOLLEMER.

161) Discussion sur les phénomènes de l'Hypnotisme et les théories relatives à sa nature. *The British medical Journal*, 10 septembre 1893, p. 669 à 678.

I. — J. MILNE-BRAWWELL (Londres). — Ce très long rapport est divisé en deux parties, l'une thérapeutique, l'autre expérimentale. Au point de vue thérapeutique B. a obtenu un très grand nombre de succès par la suggestion hypnotique (miction involontaire, dipsomie, insomnie, prurit vulvaire et eczéma, etc., opérations pratiquées pendant le sommeil hypnotique : c'est ainsi que seize dents furent enlevées à une jeune fille à la faveur de l'hypnose). L'expérimentation a été conduite à la manière habituelle : elle a conduit l'auteur à quelques conclusions intéressantes :

La volonté dans l'hypnose. — Les sujets hypnotisés raisonnent aussi logiquement qu'à l'état de veille et ils savent qu'ils pourront résister à toute suggestion déplaisante pour eux : non seulement la volonté est intacte pendant l'hypnose, mais les expériences ou le traitement hypnotique n'exercent aucun mauvais effet sur la volonté à l'état de veille. Les malades peuvent toujours résister à une ten-

tative d'hypnotisation, quelle qu'ait été la fréquence des séances d'hypnotisme antérieures ; non seulement les pratiques d'hypnotisme ne développent chez le sujet aucun désir morbide de se livrer à ces pratiques ni aucune soumission anormale à la volonté de l'opérateur, mais au contraire fréquemment les esprits faibles et vacillants ont acquis, grâce à l'hypnotisation, de la force de caractère et de l'indépendance d'action. C'est dire que les *dangers* de l'hypnotisme sont illusoires : B. a hypnotisé des centaines d'individus sans avoir vu le moindre effet nuisible. L'*auto-hypnose* et l'*auto-suggestion* sont possibles, les malades s'hypnotisant eux-mêmes ou se suggestionnant eux-mêmes de la façon qu'on leur indique. La *susceptibilité* à l'hypnotisation est très grande, beaucoup d'individus sont endormis à la première tentative.

Passant ensuite en revue les théories de l'hypnotisme, B. insiste sur les théories de Braid ; celui-ci admettait que : 1° l'état hypnotique est absolument subjectif et indépendant de toute influence mystérieuse de l'opérateur ; 2° que les drogues, les métaux, les aimants n'agissent que par suggestion ; 3° que l'hypnose ne peut être provoquée par des moyens physiques seuls ; 4° que les hystériques et les aliénés sont difficiles à hypnotiser ; 5° que l'état hypnotique est un état de mono-idéisme ; l'attention est concentrée sur les phénomènes suggérés et sur cela seul ; 6° le mono-idéisme est amené par une inhibition physiologique et psychologique : l'activité de certains centres nerveux est suspendue par suite de la stimulation monotone des autres ; 7° bien des différences existent entre l'hypnose et le sommeil normal ; 8° la suggestion n'explique pas les phénomènes de l'hypnose, mais est simplement une méthode employée pour les provoquer ; 9° un crime ne peut être suggéré avec succès dans l'hypnose. La volonté étant intacte, le sujet peut résister à toute suggestion qui lui déplaît. L'ensemble de ces propositions modifiées par Baird, en ce qu'il cessa plus tard de croire à un mono-idéisme involontaire, constitue les théories de l'école d'Edimbourg.

B. étudie ensuite les théories modernes de l'hypnotisme, en particulier celles de l'école de Nancy. Il fait à cette dernière les objections suivantes : 1° l'état d'hypnose ne peut être considéré comme un état de mono-idéisme parce que bien des phénomènes peuvent être provoqués en même temps ; 2° pour la même raison, on ne peut considérer l'hypnotisme comme causé par la concentration de l'attention sur un seul point ; 3° la suggestion n'explique pas l'hypnose, mais n'est qu'un artifice pour provoquer ses phénomènes ; 4° on ne peut expliquer l'hypnose par une soi-disant analogie avec le sommeil ; 5° l'arrêt ou l'atténuation de la volonté n'est pas caractéristique de l'état hypnotique, car, d'après l'auteur, jamais une suggestion acceptée pendant l'hypnose n'était en contradiction avec une volonté de l'état de veille. La suggestion peut échouer même dans l'état de léthargie : quelquefois elle est refusée par suite d'un simple caprice du malade, alors qu'elle serait acceptée à l'état de veille. L'état mental n'est pas diminué pendant l'hypnose. Les arguments de Bernheim sont sans valeur parce qu'il s'agit de cas où un acte simple et inoffensif était considéré comme criminel par le sujet parce que l'opérateur l'avait indiqué comme tel, et où le sujet permettait pendant l'hypnose une chose à laquelle il serait soumis pendant l'état de veille. Enfin les mêmes phénomènes peuvent être provoqués par auto-suggestion.

B. termine ce long rapport en indiquant les questions les plus importantes à résoudre.

- 1° Les résultats de l'hypnotisme ont-ils quelque valeur et sont-ils durables ?
- 2° Leur pratique est-elle dangereuse entre les mains de médecins expérimentés ?
- 3° Les théories de l'école de Nancy sont-elles satisfaisantes en ce qui concerne

l'automatisme et le crime ? 4° Les phénomènes de l'hypnotisme sont-ils dus à l'action volontaire et intelligente d'une conscience secondaire ?

II. — FREDERICK W. H. MYERS. — Dans cette communication M. considère l'hypnotisme au point de vue psychologique. Comparant ensemble l'hypnotisme et l'hystérie et les analogies qui les unissent l'un à l'autre, il arrive à conclure qu'à un certain point de vue les effets de l'hypnotisme et les effets de l'hystérie, tout en agissant in pari materia, sont en fait complètement opposés les uns aux autres. Dans l'hystérie nous perdons notre contrôle supraliminal sur des portions de faculté alors que nous ne désirons pas le perdre, et nous ne pouvons le récupérer à volonté. Dans l'hypnotisme nous perdons notre contrôle sur des portions de faculté, que nous voulons bien perdre et que nous récupérons dès que nous le désirons. Si l'on appelle *couche hypnotique*, la couche (stratum) dans laquelle disparaissent les facultés submergées dans l'hystérie, on peut décrire l'hystérie comme une maladie de cette couche ; on peut encore la représenter comme une perméabilité anormale du diaphragme psychique qui sépare la conscience ordinaire des états inférieurs. Dans l'hypnotisme au contraire, au lieu de perdre notre contrôle sur la couche supraliminale, nous augmentons notre contrôle sur la couche hypnotique, et nous provoquons dans les profondeurs de notre être des opérations sanitaires et récupératrices dont le résultat est perçu par notre esprit. Chez l'hystérique l'hypnotisme peut défaire ce qu'a fait l'hystérie.

Si une faculté a été submergée, elle peut émerger à nouveau sous l'influence de l'hypnotisme. L'hypnotisme peut aller plus loin : il peut faire que des produits d'opérations mentales inconscientes deviennent conscientes et que la vie éveillée retire un bénéfice de ces produits.

Ceci arrive-t-il dans la vie normale ? Oui, et lorsque cela se produit, le génie existe. Les opérations inconscientes qui se passent dans l'esprit de l'homme de génie seraient donc facilement reliées à l'hypnotisme.

M. examine ensuite les rapports de l'hypnotisme avec le sommeil et les états somnambuliques et termine par des considérations sur la suggestion et l'auto-suggestion.

III. — DAVID YELLOWLEES (Glasgow) parle sur les usages et les dangers de l'hypnotisme : l'hypnose est un état anormal et ne peut être toujours provoquée sans danger. En ce qui concerne les relations du crime et de l'hypnotisme, il se peut qu'on ne puisse faire commettre un crime à un sujet hypnotisé, mais ne peut-on pas lui faire signer un document par lequel beaucoup de mal peut être causé ?

IV. — M. BENEDIKT (Vienne). — L'hypnotisme est un fait, mais en réalité un fait très rare. Au point de vue thérapeutique, B. préfère l'emploi des aimants métalliques à celui de l'hypnotisme ; ce dernier réussit rarement et est dangereux pour les malades et pour le médecin. Il ne saurait exister de spécialistes en hypnotisme.

V. — JOHN F. WOODS (Londres). — Se basant sur plus de 1,000 observations, W. admet que l'hypnotisme est un puissant remède dans les maladies organiques. En effet, dans ces affections il y a toujours un élément nerveux passible de ce mode de traitement. On peut, dans un cas d'affection cardiaque, faire par suggestion battre le cœur moins vite. Dans le tabes dorsalis on peut enlever par l'hypnotisme les douleurs en ceinture et les douleurs fulgurantes. Il n'est pas nécessaire de faire dormir le malade. Les phénomènes hypnotiques doivent avoir une base physiologique et ne sont sans doute pas seulement du domaine psychologique.

VI. — CHAS. A. MERCIER. — En ce qui concerne la suggestion et le crime, le

point de vue auquel il faut se placer est celui de savoir si on peut faire exécuter un crime à un malade en lui suggérant ce crime comme un acte innocent. Il est à craindre que la chose soit possible et qu'on puisse, par exemple, faire couper par un boucher la gorge d'un enfant en lui persuadant qu'il coupe la gorge d'un mouton.

L. TOLLEMER.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 4 juin 1898.

162) Cinq cas de Compression de la Moelle, par SANO.

Cinq cas de compression médullaire à des hauteurs différentes, déterminée par des causes différentes, où S. a pu faire l'autopsie et l'examen microscopique sérié, au moins de la moelle lombo-sacrée. Dans tous ces cas, il y eut abolition des réflexes, malgré l'intégrité de la moelle lombo-sacrée et des ganglions correspondants, donc de l'arc réflexe. Au contraire, les cellules de la colonne de Clarke furent trouvées altérées plus ou moins profondément et finirent même par disparaître. Quand il y avait de la chromatolyse dans les ganglions ou dans les cellules radiculaires antérieures, on pouvait la mettre sur le compte du décubitus ayant entraîné des altérations de certains muscles. Ces faits anatomiques prouvent en faveur de l'influence exercée par des arcs secondaires centraux sur les réflexes.

VAN GEHUCHTEN a fait dans cette voie une étude expérimentale sur deux chiens, auxquels il a sectionné la moelle cervico-dorsale. Or, dans ces cas, l'arc réflexe sous-jacent fut également trouvé intact (ganglions et cellules radiculaires), tandis que les colonnes de Clarke et certaines cellules médio-postérieures de l'arc furent trouvées en chromatolyse. Van Gehuchten a aussi remarqué ce fait que la colonne de Clarke est interrompue et se présente sur des coupes longitudinales de la moelle formée de groupements cellulaires isolés les uns des autres et superposés à des distances variables. Si ce fait se confirmait pour l'homme, ce que van Gehuchten s'occupe à contrôler, nous nous trouverions là en face d'un fait nouveau très important pour l'anatomie nerveuse.

(In extenso dans *Journal de Neurologie*, n° 14, 1898.)

PAUL MASOIN.

Séance du 25 juin 1898.

163) Extirpation d'un Névrome et suture du Nerf Médian, par LAMBOTTE et SANO.

Les auteurs font une communication concernant un sujet chez lequel ils ont fait l'extirpation d'un névrome et la suture du nerf médian 16 mois après la section traumatique de ce dernier. Ils ont pu constater 48 heures après l'opération le soi-disant retour immédiat de la sensibilité. Aux dires du malade, la sensibilité semblait, en effet, complètement revenue : il était évident qu'il y avait retour partiel, car le malade sentait au bout des doigts, et comme contrôle, il savait localiser la sensation, ce qui lui était totalement impossible auparavant. Mais à l'examen par l'esthésiomètre, la différence entre le territoire dépourvu de l'innervation du médian et les territoires homologues, intacts, du côté opposé, était manifeste, et, dans la suite, le retour à la sensibilité normale s'est fait progressivement du centre à la périphérie. Au 95^e jour après l'opération, la sensi-

bilité est revenue dans l'éminence thénar et à la racine du pouce; elle est restée stationnaire au bout des doigts, où elle ne pourra revenir que lorsque les cylindres-axes auront poussé jusque-là.

La motilité volontaire est revenue dans les muscles de l'éminence thénar. Au 62^e jour, leur activité était manifeste. Le malade, qui avait dû se faire dessinateur, a repris son métier de menuisier.

VAN GEHUCHTEN attire l'attention sur la contradiction de la clinique et des données anatomiques qui ne nous permettent pas d'expliquer ces phénomènes.

SANO dit que l'explication de Vanlair est encore la plus rationnelle: le névrome devait envoyer aux centres des sensations anormales continuelles qui venaient contrarier les perceptions; l'enlèvement du névrome a permis aux malades de récupérer la sensibilité que les anastomoses récurrentes des nerfs cubital et radial rendent possible.

(Le travail in extenso a paru dans le *Journal de Neurologie*, Bruxelles, 1898, n° 17.)

PAUL MASOIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

Séance du 30 juillet 1898.

164) **Y a-t-il des inconvénients, au point de vue de la contagion, d'admettre des enfants Épileptiques dans un institut consacré à l'éducation des jeunes gens Arriérés?** par LENTZ.

Pour conclure, M. Lentz répond: Il y aurait de graves inconvénients, tant au point de vue de la contagion que de l'éducation, de tolérer la présence d'enfants atteints de manifestations convulsives dans les instituts consacrés à l'éducation des jeunes gens arriérés.

(In extenso dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*.)

PAUL MASOIN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 23 janvier 1898.

165) **Mouvements Forcés (Choréiformes)**, par V. A. MOURATOF (présentation d'un malade).

Homme de 57 ans, apoplexie, parésie des membres droits, avec atrophie musculaire; contracture du pied et de la main, exagération des réflexes, anesthésie du trijumeau droit, trace de paralysie faciale et paralysie de l'oculo-moteur gauche. Le pied et la main droite sont le siège de mouvements choréiques lents de flexion et d'extension qui s'étendent aux grandes articulations pendant les mouvements volontaires et prennent une plus grande ampleur. La paralysie croisée indique une hémorragie dans le pédoncule cérébral gauche intéressant le faisceau moteur; la lésion du trijumeau et de l'oculo-moteur suppose la propagation du foyer à la protubérance et au noyau rouge; cette dernière localisation est la cause des mouvements choréiques. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite une autre observation où l'autopsie a été pratiquée. Le malade eut deux accès d'apoplexie ayant laissé une hémiplegie gauche avec une paralysie faciale.

Les mouvements choréiques siégeaient du côté droit ; à chaque mouvement volontaire, tremblement se transformant en mouvements spastico-cloniques. Le malade ne pouvait se tenir ni debout ni assis. Ni parésie ni anesthésie à droite. Trouble de la phonation et de la déglutition.

A l'autopsie : kyste d'ancienne hémorragie dans le tiers moyen de la capsule interne et hémorragie récente dans l'hémisphère cérébelleux gauche ayant détruit la substance blanche et le vermis. Dégénérescence ascendante du pédoncule cérébelleux supérieur droit allant à travers l'entrecroisement jusqu'au noyau rouge.

Les mouvements convulsifs sans paralysie du côté droit seraient dus à cette dernière lésion ; celle-ci amène un trouble d'équilibre dans les fonctions des couches optiques et du cervelet.

Entre l'athétose, l'hémichorée et l'hémiataxie existe des formes transitoires dont la localisation ne peut encore être établie. Les mouvements forcés présentent les 3 types suivants : 1) Spasme hémiplegique et tremblement des membres paralysés par dégénérescence des voies pyramidales (Kahler-Pick). 2) Convulsions corticales prolongées dues à la dégénérescence des fibres arciformes des circonvolutions centrales (l'auteur) ; à ce type se rapporte l'épilepsie continue de Kojevnikoff et les convulsions continues de la paralysie générale. 3) Hémichorée et hémiathétose dues à la disposition des voies optico-lenticulo-cérébelleuses par lésion de la couche optique ou dégénérescence des pédoncules cérébelleux antérieurs.

Séance du 3 février 1898.

166) Deux cas de Compression de la Moelle, par N. M. VERSILOFF (présentation des pièces macro et microscopiques).

I. — Sarcome à cellules rondes ayant comprimé la moelle de la septième vertèbre cervicale ; durée 2 mois et demi.

Symptômes : convulsions des jambes, faiblesse et paraplégie complète avec phénomènes spastiques : incontinence d'urine, constipation.

Au microscope : dégénérescence descendante des cordons postérieurs de la virgule de Schultze sur une étendue de un centimètre et demi ; même étendue de dégénérescence autour de la substance grise des cornes antérieures et latérales, et dans les voies pyramidales. Dégénérescence ascendante dans les cordons postérieurs jusqu'aux noyaux des funiculi gracilis et cuneati, dans le faisceau de Gowers et cérébelleux (jusqu'au noyau latéral).

II. — Compression de la moelle par un angio-sarcome partant de la dure-mère au niveau du deuxième ganglion intervertébral, entre les première et deuxième vertèbres cervicales. Durée 3 ans et demi. Symptômes successifs : hémiplegie spasmodique gauche et paresthésie de la moitié droite du corps et de la jambe, puis faiblesse et phénomènes spasmodiques dans les membres droits. A la fin, hémiplegie médullaire double avec convulsions toniques, paresthésie et exagération des réflexes cutanés et tendineux. Absence totale de douleurs. Mort par respiration Cheyne-Stokes.

A l'examen : dégénérescence descendante des voies pyramidales, plus prononcée à gauche, des cordons postérieurs en virgule de Schultze sur une étendue des deux segments.

Dans la direction ascendante, en outre des dégénérescences ordinaires des cordons postérieurs et des faisceaux cérébelleux, on suit la dégénérescence des faisceaux fondamentaux antéro-latéraux jusqu'aux couches optiques en passant

entre l'olive et la pyramide, plus haut dans la couche de la décussation et à la région externe de la protubérance et du pédoncule.

Conclusions : Le diagnostic des tumeurs de la moelle est souvent difficile ; le symptôme douleur peut faire défaut et ne doit pas constituer le seul signe classique des tumeurs médullaires, il faut y joindre les troubles moteurs, convulsions, parésies, phénomènes spasmodiques.

La virgule de Schultze est composée de fibres courtes venant des racines postérieures.

La seconde observation confirme l'opinion déjà émise par l'auteur, savoir que dans la décussation entre aussi les fibres de faisceaux fondamentaux antérolatéraux ; que ces fibres peuvent être suivies jusqu'à la couche optique.

167) Tumeur de la région cervico-spinale de la Moelle, phénomènes Pupillaires, par PRIBYTSCOFF.

Femme de 41 ans. Début en janvier 1896 par une douleur et de l'engourdissement de la face interne du bras, puis rétrécissement de la fente oculaire et de la pupille gauche.

En mai 1897, paraplégie complète avec anesthésie totale à partir des aisselles. Absence de réflexes. Incurvation du rachis au niveau à la limite des régions cervicales et dorsales ; douleur des apophyses des 1^{re} et 2^e vertèbres dorsales. Eschare sacrée. Phénomènes pulmonaires, fièvre. Mort. A l'autopsie, sarcome alvéolaire ayant incorporé les sarcomes des 1^{er} et 2^e nerfs dorsaux avec leurs ganglions intervertébraux et pénétré à l'intérieur de la dure-mère au niveau de la 1^{re} racine ; la moelle est restée libre ; elle est légèrement comprimée par la tumeur et l'incurvation du rachis et un peu ramollie. Atrophie de la graisse orbitaire ; l'œil n'est pas diminué.

Au microscope. Atrophie des 1^{re} et 2^e racines postérieures. Inflammation de la moelle dans une étendue de 1-3 segments ; dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux latéraux ; dégénérescence ascendante des faisceaux de Gowers, cérébelleux et de Goll, des deux côtés ; la dégénérescence ascendante des cordons de Burdach disparaît au niveau du 3^e segment cervical, les noyaux sont intacts. Les cordons de Goll sont dégénérés jusqu'à leurs noyaux. La dégénérescence des faisceaux cérébelleux est suivie jusqu'au corps rectiforme et jusqu'au vermis ; le faisceau de Gowers, jusqu'au noyau latéral du bulbe.

La première période de l'affection manifestée par les symptômes radiculaires et orbitaires avait pour base anatomique la compression des 1^{re} et 2^e racines ; la seconde période ayant débuté par la paraplégie était due à la myélite transverse.

A. A. KORNILOFF fait remarquer qu'il s'agit ici d'une paralysie flasque, bien que la moelle soit encore suffisamment conservée ; tandis que dans le cas de N. M. Verziloff où il y avait une paralysie spasmodique, la moelle était bien plus détruite. Ceci va à l'encontre de l'opinion généralement admise que la destruction totale de la moelle provoque une paralysie flasque et que la destruction incomplète, une paralysie spasmodique.

Le président propose de se joindre à la commission instituée pour les recherches des mesures contre l'alcoolisme et le projet d'asile pour alcooliques ; la proposition est acceptée.

Séance du 20 mars 1898.

168) Un cas de Syringomyélie avec phénomènes Acromégaliqes, par M. A. LOUNZ.

Femme de 30 ans, sans antécédents neuropathiques. Il y a 3 ans, douleur et gonflement de la main droite, puis perte de la sensibilité douloureuse et thermique

et brûlure. Hypertrophie du bras droit plus prononcée; à la moitié supérieure de l'avant-bras, sur une radiographie, on voit que les os du bras droit sont plus grands que ceux du bras gauche.

Anesthésie et thermo-anesthésie de la nuque, du cou, des bras, de la poitrine et du dos jusqu'au niveau de la 9^e vertèbre dorsale. Dans la région anesthésiée éruption eczémateuse avec bulles à contenu séreux et purulent, taches bleuâtres et sensation de froid. Les particularités du cas sont : absence d'atrophie musculaire, ce qui est rare, et augmentation du volume du bras droit. Les cas sont décrits par Marie et Maixner sous le nom de cheiromégalie.

Discussion. — Les photographies Röntgen ne permettent pas de conclure à l'augmentation de volume des os. Il n'y a pas dans le cas actuel d'acromégalie, mais de la syringomyélie avec altération des extrémités osseuses, des articulations et de la peau.

169) Un cas de Lèpre avec autopsie, par V. A. SANGUINE.

Le malade n'a jamais quitté le gouvernement de Moscou, a été malade dix ans. Les taches anesthésiques ont occupé à la fin toute la surface de la peau, sauf la région interscapulaire.

Paralysie des nerfs cubital, médian, péronien et facial, disparition totale des sensibilités esthétique et thermique, diminution du tact. Main en griffe, jamais douloureuse. On n'a pas trouvé de bacille pendant la vie, mais l'épaississement des deux nerfs cubitaux au-dessus du coude, la disposition irrégulière de l'anesthésie, la paralysie faciale, sans autres symptômes bulbaires ont fait porter le diagnostic de lèpre.

Mort par dégénérescence amyloïde des reins. A l'autopsie on trouve des bacilles dans le plexus, mais en petit nombre et par places seulement. Infiltration caractéristique des nerfs, névrite interstitielle, dégénérescence graisseuse; les vaisseaux des nerfs sont également épaissis.

Dans le cubital et le péronien il y avait disparition totale de fibres à myéline. On ne trouva de bacilles que dans les nerfs récemment atteints, on n'en a pas trouvé ni dans la moelle ni dans les ganglions. Dégénérescence ascendante des racines postérieures; sclérose et cordons de Goll. Absence de toute lésion spécifique dans les autres organes. L'auteur compare la lèpre anesthésique avec la lèpre tubéreuse. Dans la première il y a peu de bacilles; une tendance cicatricielle et une dégénérescence conjonctivale de la couche superficielle de la peau, de la névrite hypertrophiante. Dans la seconde les bacilles sont plus nombreux, notamment dans les nerfs, il y a hypertrophie de la peau, mais les nerfs ne sont pas épaissis. Photographie et pièces microscopiques.

D'après M. MOURATOFF, les lésions médullaires signalées par l'auteur sont en contradiction avec l'opinion de Zambaco-pacha.

Séance du 20 février 1898.

170) Sur un Trouble Moteur dans le Lumbago et la Sciatique,
par L. S. MINOR.

Dans le lumbago bilatéral, le malade assis par terre, emploie une manière spéciale pour se redresser : il incline d'abord le corps en avant, s'appuie sur les mains et les genoux face à terre, puis se met à « quatre pattes » et redresse le corps en grimpant sur ses jambes.

Dans la sciatique unilatérale, le mode de redressement est également caractéristique et toujours le même. Le malade porte les mains en arrière, pousse le

bassin et les jambes entre ses bras, plie les genoux et se lève en s'appuyant d'une main sur la terre puis sur le genou et balance l'autre main dans l'air.

L'auteur se résume en deux formules : 1) attitude antérieure, escalade ; 2) attitude postérieure, balancement, sciatique.

Lorsque la sciatique survient après le lumbago, une attitude est remplacée par l'autre.

Dans les cas où les deux affections coexistent, les deux modes de relèvement se combinent, le malade porte les mains en arrière, ramène le tronc et les jambes et balance une main, puis il se tourne en avant et finit le relèvement par la mise à quatre pattes et l'escalade sur les jambes.

Ce symptôme est constant dans la sciatique unilatérale bien qu'il puisse se rencontrer dans d'autres affections douloureuses de la jambe d'un côté. Il peut avoir de l'importance pour reconnaître la simulation.

171) Action du Streptocoque et du Bacille Diphtérique sur le Système Nerveux, par MOURAVIEW.

Sous l'influence du premier, la cellule motrice des cornes antérieures est primitivement atteinte, notamment les grains chromatophiles, la cellule entière finit par s'atrophier ; la fibre nerveuse périphérique s'altère tardivement et secondairement.

Sous l'influence du bacille de Löffler, c'est le nerf périphérique qui s'altère le premier ; la cellule est peu touchée, elle ne s'altère que tardivement et secondairement. Préparations microscopiques et dessins.

172) Modification à la Méthode de Marchi, par X. K. BOUCH.

B. ajoute à l'acide osmique une solution de iodate de soude (NaI O^3) qui retarde la décomposition de l'acide et le fait mieux pénétrer dans les tissus. La préparation se fait ainsi : pièce de 1 centim. à 1 centim. et demi durcie dans la formaline est plongée dans la solution de : acide osmique 1 gr., iodate de soude 3 gr., eau distillée 300 gr., où elle séjourne six à sept jours ; puis est portée, sans lavage, dans l'alcool. Inclusion en celloidine et coupes. Le tissu normal est plus clair et l'on peut faire des coupes plus grandes. J. TARGOWLA.

BIBLIOGRAPHIE

173) Consultations médicales sur quelques Maladies fréquentes, par J. GRASSET, chez Coulet, Montpellier, et Masson, Paris, 1898.

C'est la quatrième édition de cet utile petit livre. A chaque réimpression, les consultations se sont multipliées, et l'auteur a successivement ajouté à l'édition primitive : quelques principes de déontologie, un court résumé des éléments étiologiques et des signes cliniques caractéristiques de chaque affection, quelques règles sommaires pour l'examen des malades. Ainsi augmenté, l'ouvrage est devenu comme un manuel contenant toute la médecine courante, et un auxiliaire précieux pour le jeune praticien. E. FEINDEL.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

rant

le ;

cée

ent

les

par

e se

eut

est

ère

on-

ère

on-

qui

La

la

nde

tée,

est

es,

les

di-

nts

ues

est

aire